

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

MARCOS LEITE DOS SANTOS

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
AO PARTO E NASCIMENTO.
UM MODELO TEÓRICO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora:
Prof.^a. Dr.^a. Maria de Lourdes de Souza

Florianópolis – Santa Catarina

2002

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO. UM MODELO TEÓRICO

Marcos Leite dos Santos

Essa dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

E APROVADA em sua forma final em 5 de agosto de 2002, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Professora Dra. Vera Lúcia G. Blank

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública

Banca Examinadora:

Professora Dra. Maria de Lourdes de Souza – Orientadora

Professora Dra. Sandra A. Caponi

Professora Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

Prof. Dr. Li Shih Min

Proferssor Dr. Alcides Rabelo Coelho

Florianópolis, 5 de setembro de 2002

Mulher Selvagem

*Mulher selvagem é aquela
que confia, ousa e arrisca.
E sabe que seu corpo é capaz
de transformar, abrir e fechar...*

*Mulher selvagem é aquela que é parte da Mãe-Natureza
e com sabedoria deixa fluir
e se entrega aos processos naturais da Terra...*

*Mulher selvagem é aquela
que ama, cuida e protege
a si mesma e às suas crias.
E como uma loba do mato
uiva, perambula
se aquecendo ao sol
se queixando à lua.
Confiante que em seu ventre
seu filho, uma semente,
germina, cresce e floresce.*

*Mulher selvagem é aquela
que, no momento certo,
mergulha no seu interior
trazendo para fora o filho
gerado, amado,
fruto do seu amor.*

*Mulher selvagem é aquela
que acredita nos mistérios da vida
e conta estrelas.*

Livia Penna Firme Rodrigues

**Um tributo a Leonor de Queiroz Lima,
Mulher,
Esposa querida,
Companheira,
Mestre na arte de viver e de amar.**

Agradecimentos

Às mulheres que influenciaram profundamente a minha vida :

- À minha mãe, por me conduzir ao mundo com todo amor, por sua sabedoria em estimular e facilitar minha inclusão no mundo social e cultural, mas, principalmente, por ensinar-me a **valorizar a vida em toda a sua plenitude**.
- Às mulheres que confiaram em minha capacidade para assistir aos nascimentos de seus filhos, assim como aos seus próprios nascimentos como mães.
- À Professora Maria de Lourdes de Souza, por ter me acolhido de maneira carinhosa e profundamente respeitosa, acreditado em minha capacidade, apoiado em todos os momentos de forma irrestrita e apostado em meu caminho, valorizando minha experiência pessoal, minha intuição e meu conhecimento empiricamente adquirido na escola da vida. Mas, principalmente, por ter incentivado a ousadia e a criatividade. Para mim seu nome passa a ser a definição de **MESTRE. O meu respeito, minha admiração e minha gratidão serão eternos.**
- À Professora e grande amiga Robbie Davis-Floyd, por ter aberto as portas de um novo e fantástico campo de conhecimento, facilitando o entendimento e contribuindo para o desenvolvimento da capacidade de enfrentar os defensores do velho modelo de forma lúdica, serena e firme.
- À Heloísa Lessa e Maria Helena Bastos, pela forma cuidadosa, carinhosa e firme com que me ajudaram a transcender a um novo paradigma.

Ao Professor Alcides Rabelo Coelho, por demonstrar coragem e coerência na busca de um mundo melhor, mas principalmente **por compartilhar um sonho**.

Ao meu pai, fonte de constante inspiração de carinho, segurança, conforto e humildade. Para o qual não tenho palavras suficientes de agradecimento.

Aos meus filhos, com a certeza de que com esta dissertação estou contribuindo para um mundo melhor.

Dedico esta dissertação aos nossos filh@s,
Aos filh@s dos nossos filh@s,
Aos filh@s dos filh@s de noss@s filh@s,
E, aos filh@s dos filh@s dos filh@s de noss@s filh@s.!

SUMÁRIO

<u>DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO DESTE ESTUDO</u>	ii
<u>CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO</u>	2
<u>CAPÍTULO II: METODOLOGIA</u>	16
<u>CAPÍTULO II: METODOLOGIA</u>	17
<u>CAPÍTULO III: CONHECENDO O PASSADO</u>	34
<u>HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA</u>	41
<u>A OBSTETRÍCIA NO BRASIL</u>	78
<u>CAPÍTULO IV: A SITUAÇÃO ATUAL</u>	84
<u>CAPÍTULO V: MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO</u>	100
<u>O MODELO TECNOCRÁTICO DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO</u>	103
<u>O MODELO TECNOCRÁTICO DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO</u>	104
<u>EPISIOTOMIA</u>	131
<u>MODELO HOLÍSTICO DE PARTO E NASCIMENTO</u>	160
<u>MODELO HOLÍSTICO DE PARTO E NASCIMENTO</u>	161
<u>HEGEMONIA VERSUS HERESIA</u>	180
<u>CAPÍTULO VI: TRANSCENDENDO O PASSADO SEMEANDO O FUTURO</u>	186
<u>ANEXO 1 — TABELAS</u>	217

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 1. Dogmas do modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento.	Página 154
Quadro nº 2. Tendências e valores do paradigma tecnocrático e do paradigma holístico	Página nº 164
Quadro nº 3. Modelo de nascimento, vida, saúde e morte segundo a física tradicional e a física quântica.	Página nº 169
Quadro nº 4. Os doze dogmas do modelo holístico de atenção ao parto e nascimento	Página 174
Quadro nº 5. Número de partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais notificados ao SUS	Página nº 175
Quadro nº 6. Resultados Maternos e Perinatais. <i>The Farm</i> , período outubro de 1970 a dezembro de 1994.	Página nº 178
Quadro nº 7. Comparação entre os modelos tecnocráticos e holístico de atenção ao parto, segundo Robbie Davis-Floyd	Páginas 179-180

RESUMO

A partir de questionamentos oriundos de meu conhecimento teórico, vivência profissional e história familiar, assumindo o papel de ator e co-autor desta realidade que tento entender e simultaneamente contribuir para transformar, discuto nesta dissertação novas possibilidades de concepção filosófica e metodológica que contribuam para nortear um novo modelo de assistência ao parto e nascimento.

Alguns resultados apresentados pelo atual modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento sugerem uma contradição: este modelo não responde às demandas da população de alto risco, haja vista a taxa de mortalidade materna e perinatal, e também não responde às demandas da população sem risco, que é rotineiramente submetida a um grande número de intervenções desnecessárias e, eventualmente, danosas à saúde.

Através de uma viagem pela história da obstetrícia apresento a trajetória de sua construção desde a concepção de parto “enquanto uma coisa de mulheres” até a publicação do livro de Jorge de Rezende: “*Obstetrícia*”. A partir da história observa-se que a construção desta disciplina foi baseada mais em mitos do que em evidências científicas.

Discuto, baseado na Antropologia, o arcabouço teórico, a visão de mundo que fundamenta a gênese e a manutenção da hegemonia do modelo tecnocrático de atenção ao parto. Apesar da variedade cultural observada no Brasil e, conseqüentemente, a variedade de modelos de atenção ao parto e nascimento, são apresentados apenas dois modelos: o **tecnocrático** e o **holístico**. O primeiro como representante da hegemonia, o segundo, em nosso meio, representando a heresia. A discussão desses dois modelos é suficiente para o entendimento dos fatores que contribuíram para a gênese do modelo atual.

Apresento o **pensamento sistêmico** enquanto a antítese do paradigma cartesiano — gerador do modelo hegemônico — e proponho uma construção coletiva da síntese, que seria um novo modelo de atenção ao parto e nascimento.

O caminho escolhido, apoiado no materialismo dialético e apresentado sob a forma de ensaio, acolhe a possibilidade de convivência de múltiplos modelos e a própria evolução da medicina, no que ela tem de científico, artístico e de melhor — humanos frente a humanos. É apontada a necessidade de uma mudança paradigmática ao propor que a mulher, a família e o recém nascido tenham a primazia da co-participação e da co-autoria.

Tais referenciais são fundamentais para conceber um arcabouço teórico que venha a ser disponibilizado para subsidiar novas pesquisas e novas práticas, onde instituições, ciência e tecnologia devam estar disponíveis para servir às mulheres, não para se sobrepujar a elas, encarando o parto e o nascimento como um momento privilegiado de ***empoderamento*** da mulher, que deverá ser cuidada, nutrida, amparada e, principalmente, respeitada e celebrada!

ABSTRACT

Having as a starting point those questionings born from my theoretical knowledge, professional lived experience and family history, taking over the role of actor and co-author of this reality which I strive to understand and that at the same time contribute to transform, I debate in this Dissertation new possibilities for a philosophical and methodological conception capable of contributing to instruct a new model of assistance to parturition and birth.

A few results yielded by the existing hegemonic model of assistance to delivery and birth are suggestive of a contradiction: this model does not answer to requirements of the high-risk population when the maternal and perinatal mortality rates are considered, and it does not answer either to the demands of that risk-free population who are routinely submitted to a large number of interventions which, besides being unnecessary are also possibly harmful to health.

Coursing through the history of Obstetrics, I introduce the path of its construction, starting from the conception of parturition “as a woman’s subject” to the publication of Jorge Rezende’s book “*Obstetricia*”. Based on history, it can be seen the construction of this discipline has had its foundation on myths, more than on scientific evidence.

I debate, based on Anthropology, the theoretical framework, the world view which supports the genesis and the maintenance of the hegemony of the technocratic model of attention given to parturition. In spite of the cultural variety seen in Brazil and, consequently, the multiplicity of models attending parturition and birth, only two models are presented: the technocratic and the holistic ones. The former, as a representative of the hegemony; the latter, amidst us, representing heresy. Debating these two models should suffice to offer an understanding of those factors which have contributed to the genesis of the existing model.

I present the systemic thought as the antithesis of the Cartesian paradigm – the originator of the hegemonic model – and I propose a collective construction of the synthesis which would be a new model of attention to parturition and birth.

The elected way opted by me, propped on dialectical materialism and exhibited as an essay, is receptive to the possibility of a joint living of multiple models and the

evolution of medicine itself, in what it has of scientific, artistic, and of excellence —human beings face to human beings. The need for a paradigmatic change is indicated when we suggest the woman, the family and the newborn are given precedence as co-participants and co-authors.

All such landmarks become fundamental in designing a theoretical framework made available to offer ways and means to new research and new practices in which institutions, science and technology are available to serve women, and not to override them, seeing parturition and birth as a privileged moment of empowerment of the woman, to see her cared for, nurtured, supported and, most of all, respected and extolled!



DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO
DESTE ESTUDO

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO DESTE ESTUDO

“Ninguém pode desejar ser feliz, agir bem e viver bem que não deseje, ao mesmo tempo, ser, agir e viver, isto é, existir em ato.

O que é evidente por si e pela definição do desejo, pois o desejo de viver feliz, isto é, de ser, agir e viver é a própria essência do homem ou o conatus pelo qual cada um se esforça para conservar o seu ser.” Espinosa, Ethica – IV.(Chauí, 1995)

Por que estudar a construção do saber hegemônico em obstetrícia? E por que estudá-la enquanto uma área do saber socialmente construída? E, finalmente, por que fazê-lo em um Departamento de Saúde Pública?

A escolha deste objeto de estudo, como não poderia deixar de ser, reflete um caminho percorrido, pois como nos lembra Minayo (1992) “... *nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática.*”(Minayo, M. C. S., 1992). Para o melhor entendimento do que me conduziu à escolha tanto das questões que serão abordadas, quanto à escolha dos instrumentos de análise que utilizo, parto do princípio de que “*o apego à neutralidade científica é a fuga útil, para não ter que enfrentar a questão ideológica (...) ciência não é algo acima ou à margem da sociedade, mas componente da própria sociedade em que se faz.*”(Demo, 1991)

Neste ensaio, partindo de um problema da vida real, questionando o saber vigente, busco estabelecer novos conhecimentos com o intuito de sugerir novas possibilidades de concepção filosófica e metodológica. Ao assumir que “*a concepção formalista de ciência distingue e separa sujeito do objeto e investe em metodologia objetiva como instrumentalização de cerceamento da subjetividade*”(Demo, 1991) aposto em outro caminho, ao partir de minha vivência, meu conhecimento teórico, questionando e sendo questionado, assumindo o papel de ator e co-autor desta realidade que tento entender, e, ao mesmo tempo, contribuir para transformá-la.

No meu caso particular, este caminho percorrido, esta experiência vivida, trás duas particularidades importantes. Em primeiro lugar, o meu papel de pai e, em segundo, o de obstetra, que desde 1975 tem tido o privilégio de presenciar partos e nascimentos nas mais

variadas situações. Estaria na síntese destas duas experiências a origem da perplexidade, estranheza e busca incessante de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento e, principalmente, a força vital que me move em direção à realização deste estudo.

Sou pai de Maíra (22 anos) e Pablo (20 anos). A experiência de ter presenciado a vinda destas duas pessoas me marcou de forma intensa. Sem dúvida, as emoções mais fortes por mim sentidas nestes 47 anos de vida.

Maíra veio ao mundo assistida por um médico, obstetra com quem eu trabalhava há oito anos, que, se por um lado reproduzia o modelo de atenção tecnocrático, por outro, sempre demonstrava de forma muito espontânea sua total disponibilidade, seu lado humano, carinhoso e atencioso, vindo freqüentemente a assumir o papel do “paizão”, que acolhia, cuidava e protegia. Dentro deste modelo, o esquema que conseguimos estabelecer foi o mais próximo possível daquele que Leonor, minha companheira, intuía como sendo o mais adequado.

Leonor, formada em medicina no ano de 1979, especializou-se em pediatria. Desde o início de sua formação dava constantes sinais de inquietação com o modelo de atenção ao parto. Foi a primeira pessoa a discutir comigo sobre as vantagens do parto na vertical. Foi, também, a primeira pessoa a questionar a propagandeada “segurança” do atendimento ao parto em ambiente hospitalar. Identificava a dificuldade que as mulheres apresentavam em garantir seus desejos e o risco de sofrer uma cesariana desnecessária. A convivência com ela em ambiente hospitalar era sempre uma oportunidade de se identificar os determinantes de um bom relacionamento entre o profissional e a mulher. Sempre se colocava no mesmo plano das mulheres que atendia, negava-se a manter a hierarquia estabelecida pelo sistema. Era motivo de chacota de seus colegas pelo “tempo perdido” nas consultas, sempre muito demoradas, em acordo com a necessidade do indivíduo que estava sendo atendido.

Maíra veio ao mundo em hospital de nossa escolha, como médico que era, foi-me dada a “permissão” de estar presente na hora do nascimento de minha filha. Como médicos que éramos, conseguimos, após muita negociação, garantir o alojamento conjunto, assumindo, por escrito, a responsabilidade sobre toda e qualquer complicação que daí adviesse. Minha mulher deu à luz na horizontal, não por opção e sim por falta de escolha, por imposição; o colega costumava brincar afirmando “*não ter um elevador de automóvel*” destes que encontramos em postos de gasolina, para atendê-la na posição vertical. Receosa

de que intervenções desnecessárias pudessem colocar em risco o parto normal, optou pela internação tardia. Tricotomia¹ e enema² feitos de última hora, antes mesmo da avaliação da dilatação cervical, contribuiu para que fezes liquefeitas fossem eliminadas na hora do parto, logo após a episiotomia, que veio a infectar e complicar muito nossas vidas de “pais de primeira viagem”.

Pós-parto complicado e muito doloroso, deiscência³ de sutura, seios apresentando ingurgitação, mamilos rachados, “pouco leite”, segundo os “especialistas” que nos cercavam, levamos alguns anos para conseguir elaborar o ocorrido.

Na verdade, passamos toda a gravidez de nosso segundo filho elaborando estas questões, que envolviam intuição, críticas profundas a um modelo que não respeitou nossos desejos, desconsiderou nossas críticas e não nos ajudou a enfrentar as dificuldades de nossos novos papéis.

Pablo veio ao mundo de forma diferente. Na penumbra e intimidade do quarto em uma outra clínica. Buscamos desta vez um médico que validasse “cientificamente” nossas opções. Diferente do primeiro, ele representava naquele momento o discurso contra-hegemônico. Defendia o parto vertical, apregoava um atendimento humanizado associado à segurança garantida pela tecnologia (realizava cardiotocografia⁴ de rotina nas últimas consultas e monitorizava eletronicamente o parto) — era uma proposta muito sedutora. De forma também diferente do primeiro, não se disponibilizou a nos acompanhar durante o período de dilatação, traindo nossa confiança ao comunicar, após a internação, que “*iria dar um pulinho no centro da cidade, resolver assunto urgente, mas não demoraria nem 15 minutos*”. Na verdade, foi para o consultório atender suas pacientes e só chegou no final do período expulsivo, para induzir à minha companheira a fazer mais força do que o necessário, não respeitando nem a sua individualidade nem a fisiologia da parturição, conseguindo com isto nova ruptura perineal.

¹ Tricotomia: Raspagem de uma região do corpo que será submetida a operação.

² Enema: Embora o étimo postule ênema, o uso, no português do Brasil, consagrou enema, que significa lavagem intestinal. Clister, enteróclise.

³ Afastamento, após terem sido estes unidos artificialmente, dos planos anatômicos atingidos por uma incisão cirúrgica ou uma ferida.

⁴ Estudo, mediante o uso de monitor, da frequência cardíaca do feto e das contrações uterinas durante o parto.

Estas duas experiências me levam a pensar duas questões: a primeira, sobre o papel da mulher no processo de gestar e parir; a segunda, o modelo de atenção ao parto.

O que ficou marcado profundamente em minha consciência, foi o papel desempenhado por minha companheira, a quem costumo afirmar ter sido a principal mentora na minha formação profissional. Apesar de tudo aquilo que nos foi ensinado, de nossa (de)formação médica, do que estava publicado nos grandes tratados de obstetrícia, ela “**sabia**” da existência de outro caminho, o que a levou, desde a primeira gravidez, a questionar profundamente o modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento. E, apesar de neste modelo hegemônico as pessoas de um modo geral e, muito em particular, os obstetras desconfiarem profundamente e desconsiderarem totalmente esta sabedoria, ela **confiava na sua inerente capacidade** de gestar e dar à luz.

Ela **intuiu** um novo caminho, um novo modelo, um novo paradigma. Apesar desta **intuição** não ter sido considerada, não ter sido respeitada e conseqüentemente não ter sido valorizada, ela **sabia** de alguma forma qual deveria ser o seu caminho. Saber este ignorado por pertencer a **ela própria**, ao invés de ter sido adquirido externamente, através dos livros ou das “autoridades”. E, talvez o mais importante, apesar de toda a pressão contrária, ela conseguiu **confiar na intuição, saber que sabia, transformar esta intuição e sabedoria em força insurgente**. Força animal — que não pode ser medida, experimentada, comprovada ou reproduzida — que certamente foi transmitida no contato pele-a-pele, no olho-no-olho, no amor entre nós dois, sintonizados na tarefa de gerar, gestar, parir, criar e principalmente vir a amar, profundamente, estes dois seres, Maíra e Pablo.

Outra pergunta que me fiz ao iniciar este estudo foi: qual a razão que levou um Obstetra e Ginecologista, com título de especialista emitido pela Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) a criticar o atual sistema de pensamento hegemônico em Obstetrícia.

Foi necessário voltar no tempo. Remeti-me à época da faculdade, em que, devido a uma grande distorção do sistema de ensino médico, iniciei minha atividade de “acadêmico” de medicina, em fevereiro de 1975, na Maternidade do Hospital Getúlio Vargas. Hospital público, situado no município do Rio de Janeiro e próximo à Baixada Fluminense, na época, única maternidade pública nesta imensa área, era responsável pelo atendimento de uma população de baixa renda, sem outra possibilidade de atendimento e, em sua quase totalidade, sem qualquer tipo de assistência pré-natal.

Nesta maternidade, onde trabalhei durante todo o meu período de formação, além de um ano como médico voluntário, me deparei com uma situação que representava a caricatura do modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento.

Havia um grande volume de atendimento, feito em sua maioria por mim e por outros “acadêmicos”; os obstetras e os médicos residentes (no início havia sempre dois de plantão) só intervinham quando solicitados por nós. No terceiro ano da faculdade orgulhosamente já sabia operar, cesarianas, salpingectomias⁵ para a resolução da prenhez tubária, curetagem uterina, histerectomia⁶, já havia aprendido a usar o vácuo-extrator e acreditava também já saber utilizar o fórceps⁷.

Mas desde esta época algo me incomodava, me deixava inquieto e insatisfeito. Raramente eu me lembrava do nome de alguma mulher por mim atendida, não conhecia a figura paterna, pois aos acompanhantes era terminantemente vedada a entrada na área da maternidade – tinham que ir para casa ou ficar na rua esperando por notícias. Aprendi, e feliz e orgulhosamente nunca utilizei, as frases famosas como “*na hora de fazer foi bom, porque agora está gritando?*” e outras mais. Fui testemunha de uma cena de espancamento de uma parturiente por parte de um residente em obstetrícia, simplesmente pelo fato desta mulher se negar a se comportar de acordo com as crenças deste profissional. Com exceção de minha companheira, que era conhecida como a “*Nonô das madrugadas*” por ter paciência, carinho e consideração pelo ser humano e se dispor, independente da hora ou situação, a tratá-los de forma adequada à sua condição humana, nunca presenciei um atendimento que pudesse ser considerado, no mínimo, como respeitoso. O chefe do plantão destoava deste contexto por ser uma pessoa carinhosa, mas pouco era chamado, ficando as orientações por conta dos residentes.

Apesar de achar que meu caminho era a obstetrícia teve um momento em que não agüentei mais fazer parte daquela realidade. O nível de questionamento era grande o suficiente para saber que aquilo que estava vivendo eu não queria. E já que a atuação médica era sempre tão intervencionista, resolvi largar a obstetrícia e buscar uma especialidade explicitamente cirúrgica — cirurgia geral. Mas como havia uma relação

⁵ Cirurgia para retirada da Trompa de Falópio.

⁶ Cirurgia para retirada do útero.

⁷ Instrumento que se usa para, a partir de indicação adequada, extrair uma criança do útero. [F. paralela: fórceps.]

pessoal muito forte com os médicos da maternidade fui adiando minha saída dali, mesmo “sabendo” que aquele não era mais o meu caminho.

Foi exatamente nesta época que conheci dois seres humanos que foram responsáveis por um salto de qualidade em minha formação.

O primeiro foi Ivan Ilich, que ao proferir uma conferência no auditório central da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro em 1977, forneceu as primeiras fundamentações teóricas para endossar minhas inquietações e, de alguma forma, ligá-los aos questionamentos políticos que fazia e aplicava na prática do movimento contra a ditadura militar.

O segundo, e realmente o mais importante, foi o Dr. Leboyer, que no mesmo auditório fez uma palestra intitulada “**Nascer Sorrindo**” no início de 1978. Eu chorei na platéia. Emoção pela beleza, pureza e delicadeza das palavras e, finalmente, pela certeza de que não estava sozinho. Que tudo aquilo que presenciei, fiz, sofri e, contra a qual, me rebelei estava poeticamente contemplado naquela palestra, ele transmitia um conteúdo científico com palavras saídas do coração. Que havia um caminho a ser construído. Que poderia contar com outras pessoas para construí-lo.

Pela reação da platéia, nas duas conferências, deu para perceber que seria uma tarefa árdua. Entre a maioria reinava a descrença, sorrisos zombeteiros e chacotas eram mais presenciados do que os sinais de aprovação. Isto eu só fui entender mais tarde, quando passei a ser um dos representantes do discurso contra-hegemônico.

Depois da formatura, certo de que meu caminho era realmente a Obstetrícia, fui para a 33ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Serviço do Prof. Jorge de Rezende, para iniciar minha especialização. O quadro era outro. Grandes professores, todos com reconhecimento nacional, alguns com reconhecimento internacional. O livro de referência, escrito pelo próprio professor Rezende, foi, na sua 3ª edição, adotado pela Organização Pan-Americana de Saúde como livro texto para a América latina. Era e ainda é o mais lido em nosso país. O ambiente era carregado da sensação de “estar fazendo a coisa certa”. Tudo estava no Livro. Só fazíamos aquilo que a ciência nos autorizava a fazer. Todos, na verdade, se esforçando para pertencer ao mesmo grupo.

Lá aprendi que não se usava mais o vácuo-extrator, que as manobras de versão deveriam ser proscritas, aprendi as técnicas adequadas para a utilização de diferentes tipos de fórceps, a fazer episiotomia de rotina, a suturá-las, a prescrever o adequado preparo das

mulheres no pré-parto, que incluía a tricotomia dos pelos pubianos, a enteróclise e a dieta zero (nada por via oral). Saí de lá com um diploma de especialista e com a convicção de ter aprendido a parte científica da obstetrícia — que, em conjunto com a prática adquirida em seis anos de plantões, me autorizava a adotar, com tranquilidade, na minha prática diária um conjunto de procedimentos e rotinas — e também que ao aliar este conhecimento científico à minha visão de humanização do atendimento conseguiria juntar a arte com a ciência. Que pretensão!

Precisei de alguns anos de trabalho, questionamentos, inquietudes e frustrações para entender que, na verdade, não havia mudado muito a minha prática, que ainda sofria com o modelo de atenção que propunha. Mas, em especial, o que eu não conseguia explicar era que apesar de tão evidente a inadequação do modelo hegemônico o meu trabalho, que não estava tão distante quanto eu supunha, ainda era considerado “alternativo”. Sentia que ainda estava “voando” sozinho.

Depois de alguns anos trabalhando, no setor público, com gravidez de alto risco e tentando, no consultório, criar outras formas e atenção ao parto e nascimento, mudei para Florianópolis.

Neste momento tenho o privilégio de pertencer a uma equipe (composta por assistente social, psicóloga, enfermeiras, médicos, dentre outros profissionais) que ousa, dentro do setor público, na maternidade-escola da Universidade Federal de Santa Catarina, participar ativamente de um movimento crescente rumo a uma nova forma de pensar o atendimento ao parto e nascimento. Sinto, finalmente, que meu vôo não é solitário.

Precisei de duas gestações, uma passagem por um grupo de casais grávidos, dois partos e uma mudança de estado para conseguir formular e tentar responder a pergunta, que se tornou o objeto de estudo desta dissertação:

— Quais foram os determinantes da construção do saber hegemônico na assistência ao parto e nascimento utilizado em nossa sociedade?

Questões como “quem deve ‘estar no controle’ na hora do parto” permanecem sem resposta, apesar de algumas décadas de questionamentos, particularmente pelo movimento feminista. Esta continuidade dos questionamentos sugere que exercitar a escolha do caminho pessoal, do respeito às próprias crenças, do respeito ao próprio corpo, em suma, do respeito ao indivíduo enquanto um ser humano, ainda permanece em terreno litigioso para cada mulher que se depara com o modelo de atenção institucionalizado.

Ao assumir a concepção de que o parto, além de um fenômeno fisiológico e natural, é um evento cultural, social, afetivo, familiar e sexual, não privilegio a análise biomédica, entendendo que esta é apenas uma das várias formas de entendê-lo. Por isto mesmo, saio da abordagem individual, do momento particular de cada parturiente e entro no terreno da Saúde Coletiva, lembrando Odent, que afirma: *“Para mudar o mundo é preciso, antes, mudar a forma de nascer.”*(Odent, 1994)

Como um dos momentos do ciclo reprodutivo e da vida das mulheres, o parto foi até tempos recentes um campo de domínio das mulheres. O parto foi e continua sendo, em graus diferenciados, uma experiência extrema que pode envolver dor, trabalho árduo, a possibilidade da própria morte e a perda do bebê; no entanto, para outras mulheres o parto e nascimento são experiências comuns, atividades do dia-a-dia.

Historicamente algumas mulheres foram encarregadas de lidar com estes aspectos especiais na vida de outras mulheres. Elas eram, particularmente, hábeis em confortar as mulheres durante o trabalho de parto e parto, conseguiam apresentar bons resultados nestas condições de medo e angústia e sempre foram muito estimadas entre as mulheres, e sua participação e assistência sempre foi muito requisitada. Desta forma muitas mulheres adquiriram habilidades especiais e conhecimentos empíricos sobre a gravidez e o parto que também eram passadas de geração a geração, ou para mulheres mais jovens quando a demanda assim o indicava. Embora elas realizassem este trabalho de assistir outras mulheres como uma forma estendida de seus afazeres domésticos, algumas começaram a receber pagamento por esta tarefa.(Rooks, 1997a) Foi somente a partir do século XVII que o discurso dos obstetras obteve um impacto decisivo nas experiências das mulheres com o parto e nascimento.

Iniciando com uma visita à história da obstetrícia, passando pelos registros dos resultados obtidos com o modelo hegemônico de assistência ao parto e, principalmente, fazendo uso da antropologia, apresento um caminho de entendimento dos determinantes da forma de pensamento que determina a prática da Obstetrícia enquanto um dos campos da ciência. Ciência esta pautada na descrença da capacidade feminina em gestar e parir — o que revela um importante viés de gênero — e apoiada firmemente na metáfora homem-máquina, este modelo substituiu, como afirma Davis-Floyd, o *“high touch”* pela *“high tech”* (o toque pela tecnologia).

Desta forma espero estar contribuindo para o entendimento da construção do saber hegemônico de assistência ao parto e para a gênese de um novo modelo teórico, através da

aplicação dos referenciais da antropologia e da sociologia. Além de adequados para respaldar as críticas ao modelo hegemônico, tais referenciais são fundamentais para conceber um arcabouço teórico que venha a ser disponibilizado para subsidiar novas pesquisas e, principalmente, novas práticas, onde as instituições, a ciência e a tecnologia devam estar disponíveis para servir a essas mulheres, não para se sobrepujar a elas, encarando o parto e o nascimento como um momento privilegiado de *empoderamento*⁸ da mulher, que deverá ser cuidada, nutrida, amparada e, principalmente, respeitada e celebrada!

⁸Por falta de vocábulo na língua portuguesa que expresse o sentido da palavra *empowerment* o autor a traduzirá como “Empodereramento”



CAPÍTULO I:

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um dos eventos mais importantes na vida de uma família, de uma rede social e, particularmente, de uma mulher. (Simkin, 1996) Práticas associadas com o processo de nascimento são importantes para a saúde e o bem estar desta mulher assim como do recém-nato (Kitzinger, 1962). Como um aspecto da função reprodutiva e do ciclo de vida normal da mulher, a gravidez, o parto e o nascimento sempre fizeram parte do universo feminino. O parto e o nascimento foram — e ainda são, em graus diferenciados — uma experiência extrema, podendo envolver a dor, um árduo trabalho, a possibilidade da morte e/ou da perda do bebê; entretanto o parto e o nascimento em muitas culturas são considerados experiências do dia-a-dia, uma experiência comum na vida desta mulher (Rooks, 1997b). Assim sendo, faz-se necessário uma compreensão dos diferentes elementos envolvidos nestas práticas, que conduza, dentre outros aspectos, ao entendimento dos componentes envolvidos na gênese do atual saber hegemônico em obstetrícia, para que a partir do conhecimento do velho se possa criar as condições para o surgimento do novo.

A criação de um novo modelo teórico passa por um desafio, que é o da realização de investigações que busquem relacionar a produção do conhecimento com as práticas implementadas historicamente, ou seja, compreender que uma dada prática é construída socialmente sob uma determinada “lógica de pensamento”. Este desafio passa pelo entendimento de que vivemos um momento de mudanças na sociedade, de grandes questionamentos sobre a sobrevivência da espécie humana, onde a ciência se expande para fronteiras muito além da estabelecida pela ciência cartesiana, onde se buscam soluções que conduzam a uma situação de sustentabilidade, onde a consciência ecológica é buscada em todos os setores.

Navarro (1976) sugere que a influência dominante do positivismo nas ciências sociais no mundo ocidental determinou um foco de análise e métodos de pesquisa que não são apenas limitadas e limitantes, mas muitas vezes servem para obscurecer mais do que clarificar nossa realidade. (Navarro, 1976b)

Na área da Saúde alguns trabalhos têm sido publicados sobre os modelos de atenção ao parto e nascimento, como por exemplo: Biro, 1991; Blais, 1994; Turnbull, 1996;

Tucker, 1996; Villar, 1998; WHO, 1985 e 1996 (Changing maternity services., 1968; Biro;Lumley, 1991; Blais *et al.*, 1994; Peel, 1968; Tucker *et al.*, 1996; Turnbull *et al.*, 1996; Villar *et al.*, 1988; Waldenstrom, 1996; Who, 1985____1996). Em 1971 Cochrane, ao avaliar o Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra, formulou as definições de efetividade e eficiência, (Cochrane, 1971) conceitos utilizados até hoje como os principais indicadores na avaliação destes modelos. Todas estas publicações analisam os resultados deste modelo utilizando um referencial teórico que pode ser situado dentro da mesma visão de mundo que o gerou. Ou, se “esquecem” de avaliar o impacto causado pelo uso de determinados procedimentos, que mesmo analisados dentro da sua própria lógica se mostram inadequados. Alguns autores, como por exemplo Marsden Wagner (Wagner, 2000b), se referem a uma cascata de intervenções, onde uma intervenção tenta corrigir o problema causado por sua antecessora, como por exemplo o uso de ocitocina para condução do parto. A mulher é internada e obrigada a ficar deitada no leito, em ambiente com pouco suporte emocional e distante de seus familiares. A situação de estresse associada ao decúbito dorsal é sabidamente prejudicial, alterando negativamente o padrão das contrações uterinas. A primeira resposta é a utilização da ocitocina. O uso inadequado conduz a contrações mais fortes e mais prolongadas. Isto aumenta a dor e diminui a perfusão de sangue para o bebê. O estresse contribui para a liberação de adrenalina que provoca mais diminuição da oxigenação fetal. Instala-se, desta forma, o sofrimento fetal agudo. Este é diagnosticado e subsidia a indicação de uma cesariana. O bebê é “salvo”, o obstetra recebe os cumprimentos e a mulher tem o risco de infecção e hemorragia aumentado.¹

Esta forma de analisar os resultados denuncia a superficialidade da abordagem, a adoção de medidas voltadas para o curto prazo (correção imediata do padrão contrátil), ignora-se o efeito a médio e longo prazo (sofrimento fetal agudo, infecção, hemorragia),

¹ “There are other cascades of interventions during labor. For example, routine electronic fetal monitoring leads to more cesarean sections, which lead to babies with respiratory distress syndrome or prematurity, which leads to putting these babies into newborn intensive care units. Every one of these interventions carries risks for mother and baby! It is easy to see how the high-tech approach to birth actually creates many new problems. Rather than change their habits, however, doctors conclude that birth is quite risky, when in reality doctors have caused it to be risky. This is one important reason why homebirths, freestanding birth center births and having your own midwife as the primary maternity caregiver are all associated with fewer risky interventions and, therefore, safer care.”WAGNER, MARSDEN. **Technology in birth: first do no harm**. Midwifery Today, 2000b. Disponível em: <http://www.midwiferytoday.org/articles/default.asp?t=tecnologybirth&q=wagner>. Acesso em: 22 de junho.

onde não se discute o mecanismo que possa ter sido o causador do problema (solidão, dor, estresse, falta de deambulação) e principalmente conduz a uma situação onde o profissional de saúde não consegue perceber o impacto das rotinas que está implementando. Esta ferramenta de análise contribui para que o profissional, assim como o peixe que não vê a água em que nada, não perceba o forte e negativo impacto que sua conduta pode trazer à mulher, ao bebê e à sua família.

As origens ou as razões pelas quais determinados procedimentos e rotinas vêm sendo mantidos, sem que se tenha estabelecido o grau de segurança para a mulher ou para o bebê, ou mesmo se trariam mais benefícios do que prejuízos à saúde dos usuários, é uma questão que ainda permanece sem resposta. Algumas “verdades” como a segurança do parto hospitalar *versus* o parto domiciliar, a necessidade de que o parto seja assistido por obstetra, a “epidemia de cesarianas”, o uso rotineiro de episiotomia, dentre tantos outros, vêm sendo passadas de geração a geração sem que sejam questionadas pela maioria das escolas de obstetrícia — em particular pelas que seguem a escola Norte Americana

Historicamente as mulheres cuidaram das mulheres na hora do parto, trocaram conhecimentos sobre a gravidez, parto e pós-parto, assim como sempre fizeram com outros aspectos de sua vida cotidiana. Em um grande número de comunidades algumas mulheres se destacaram nesta arte de cuidar, eram particularmente eficazes no ato de confortar e encorajar as outras e, aparentemente, apresentavam bons resultados com o parto e nascimento, mesmo em situações adversas; eram estimadas pela sociedade e sua assistência freqüentemente solicitada. Desta forma, algumas mulheres desenvolveram habilidades e conhecimentos empíricos sobre a arte de assistir ao parto e nascimento, os quais eram passados de geração a geração, ou para mulheres mais jovens quando a demanda assim o exigia (Rooks, 1997b).

A Obstetrícia, por outro lado, organizou-se dentro de uma prática dita científica e racional. Rezende (1962) afirma que o conhecimento sobre como lidar com as mulheres durante a gravidez, parto e puerpério é constituído pela soma de experiências acumuladas e comprovadas do ponto de vista científico. (Rezende, J., 1962) Assim como outras ciências naturais, parafraseando Thomas Kuhn, a obstetrícia procura estabelecer que suas evidências reflitam o mundo do jeito que ele realmente é. Desta forma, como as outras ciências, a Obstetrícia se apresenta à comunidade “não-científica”, como uma forma superior de pensamento, como um modelo mais racional, quando comparado com alternativas não-científicas ou pré-científicas, utilizando-se da formulação de Fleck

(1935).(Fleck, 1980) Rezende afirma, também, que quando avanços na teoria ou mudanças na prática de atenção são realizadas, isto seria reflexo de um aprofundamento, de uma abordagem mais cuidadosa e aperfeiçoada, por parte dos integrantes da comunidade científica,(Rezende, J., 1962) sempre no sentido de refinar e melhorar o modelo de atenção. A Obstetrícia não é entendida simplesmente como uma atividade humana, como mais uma forma de interpretar a realidade, baseada em questões culturais, sociais, econômicas e políticas. Ao invés disto, tem-se assumido que o seu poder para determinar o que deve, ou que não deve ser feito durante o ciclo grávido-puerperal é fundamentado em sua racionalidade científica e não se mostra, de forma alguma, receptiva a aceitar como científico qualquer afirmação feita por pessoas que não estejam incluídas neste ciclo de especialistas, além de rejeitar as vozes dissidentes no seu interior.

Outra questão importante a ser abordada diz respeito ao desenvolvimento, ao uso e aos resultados obtidos com a implantação de novas tecnologias. Observa-se que os obstetras fiscalizam e continuam controlando a sua própria prática e, conseqüentemente, qual a tecnologia apropriada para a realização desta prática. Isto levou a uma proliferação de tecnologias de alto custo que foram implantadas antes mesmo de ser avaliar sua eficácia e custo-benefício, como por exemplo o uso rotineiro de monitorização fetal intraparto² (um aparelho de cardiotocografia custa, aqui no Brasil aproximadamente US\$10.000,00, o seu uso rotineiro elevou consideravelmente a taxa de cesariana e não trouxe melhora nos resultados perinatais), o que levou, dentre inúmeras outras questões, a uma situação insustentável para o setor público, dentro do atual modelo de assistência à saúde(Wagner, 1994b). Um olhar atento ao desenvolvimento e aplicação da tecnologia utilizada na atenção perinatal é instrutivo e auxilia o entendimento da gênese deste saber hegemônico.

Felizmente a reforma do setor saúde encontra-se na agenda política de vários países, dentre os quais nos incluímos. Isto conduz à necessidade de uma abordagem baseada na saúde pública que tenta combinar o modelo biomédico com o modelo social de saúde.(Wagner, 1994b) A Organização Mundial de Saúde – OMS envolveu-se com o modelo social de saúde quando, em 1985, em Fortaleza, Ceará, inicia a discussão sobre a tecnologia apropriada para o parto (Who, 1985). Uma leitura atenta dos documentos produzidos mostra uma diferença marcante entre esta conferência, que culminou em um

grande projeto (Maternidade Segura), e outras atividades da OMS onde o modelo biomédico predominava(Wagner, 1994b).

Enquanto os interesses corporativistas alimentavam a discussão contrária às recomendações da OMS, estas eram muito bem recebidas pelas mulheres em todo o mundo. Só na Itália estas recomendações foram traduzidas, publicadas e distribuídas por mais de 20 organizações feministas. Grupos e organizações preocupadas com as questões relacionadas ao ciclo grávido-puerperal na França, EUA, Brasil, Austrália, Finlândia, Reino Unido, dentre outros, traduziram e distribuíram milhares de cópias em seus países. Poucas recomendações oficiais causaram tanto impacto sobre a população em geral.

Estes eventos não podem e não devem ser considerados e analisados isoladamente, tampouco podem ser interpretados como “mal-estar” regional. Os conflitos por um lado e a grande aceitação por outro lado, refletem uma grande batalha travada no setor saúde contemporâneo e lançam grandes desafios.

Um destes desafios reflete um conflito fundamental na forma como se conceptualiza a atenção em saúde. Neste campo o modelo social de atenção entra em conflito com o biomédico. Este conflito é expresso de forma quase caricatural na abordagem do nascimento e da morte, onde o modelo social dá a impressão de contribuir de forma importante para os serviços baseados no modelo biomédico ortodoxo, modelo no qual se baseia a maioria dos serviços de saúde(Wagner, 1994a)

Outro grande desafio consiste em aumentar o controle sobre as tecnologias aplicadas à saúde e assegurar a manutenção e a agregação de novas tecnologias com base na sua eficácia e adequação. A inovação tecnológica aparenta seguir um processo bem definido, movendo-se rapidamente do campo experimental e uso localizado (devido à pressão de grupos interessados basicamente no lucro) à aceitação pública e ao uso rotineiro. Segundo Wagner (1994) leva-se aproximadamente uma década entre o momento do surgimento de uma nova tecnologia e o surgimento do ceticismo em relação a ela.(Wagner, 1994a)

Na sociedade ocidental moderna a transferência do parto e nascimento dos domicílios para os hospitais é entendida por alguns autores enquanto uma “desritualização” daquilo que, em civilizações mais “primitivas”, tem sido um processo baseado em

² “... routine electronic fetal monitoring leads to more cesarean sections, which lead to babies with respiratory distress syndrome or prematurity, which leads to putting these babies into newborn intensive care units.” (22)

superstições e tabus. (Davis-Floyd, Robie, 1992) Os primeiros defensores desta idéia, os médicos, argumentavam que os procedimentos obstétricos eram determinados pelo conhecimento profundo da fisiologia e fortemente baseados na ciência (Rezende, J., 1962) Por outro lado, afirmavam que os partos domiciliares eram perigosos para a mãe e para o nascituro e deveriam ser considerados, no mínimo, como um abuso sobre este último. O *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* tradicionalmente se opôs ao parto domiciliar colocando a questão da segurança como primordial.

Analisando o período de 1994 a 1998, a partir de dados do Sistema Nacional de Nascimento (SINASC), considerando-se as gestações acima de 37 semanas, verifica-se um percentual de partos hospitalares de 84,70% no Brasil, 98,58% na Região Sul e 99,02%, em Santa Catarina (Anexo 1 – Tabela nº 1). Em outras palavras, pelas estatísticas oficiais, menos de 1% de nossas mulheres deram à luz em suas residências. (Saúde, 1997) Isto sem esquecer a existência de subregistro no Brasil, principalmente no Norte e Nordeste.

Rezende preconizou que *“É desaconselhável a assistência ao parto em domicílio. Aleatória, cheia de riscos iminentes, incapaz de preencher, por falta de recursos imediatos, os objetivos básicos da obstetrícia: amparar com razoável segurança, a vida materna e a do conceito. Os cuidados reclamados hoje pela parturiente só podem ser prestados em Maternidades bem organizadas, com aparelhamento moderno, nas quais seja possível resolver, com urgência extremada, distocias e acidentes, amiúde interpostos na caprichosa evolução dos casos obstétricos”* (Rezende, J.;Rocco, 1962). Este argumento, baseado na segurança do binômio mãe-filho, visaria, em última análise, a diminuição dos riscos maternos e fetais. Logo, é razoável perguntar: Esta mudança diminuiu estes riscos? Existem trabalhos que comprovem que a institucionalização do parto e nascimento trouxe uma melhora nos resultados perinatais? Houve algum impacto sobre a morbi-mortalidade materna?

Alguns autores acreditam que a transferência do parto para os hospitais é resultante da proliferação de rituais em torno deste evento fisiológico e natural de forma refinada, mais elaborada e sem precedentes nas civilizações “primitivas”. Estes rituais, também conhecidos como “procedimentos de rotina para atenção ao parto”, trabalham efetivamente no sentido de reforçar os valores nucleares de nossa sociedade. (Davis-Floyd, Robie, 1992)

Na América do Norte a transição do parto domiciliar para o parto hospitalar durou apenas duas gerações. Nestas duas gerações, o nascimento passou de um evento familiar e natural para um procedimento médico cheio de riscos iminentes. As mulheres, de agentes

do processo de parto, transformaram-se em pacientes, e o cuidado dos recém-nascidos uma especialidade florescente. (Rothman, Barbara Katz, 1982)

No início a hospitalização e a medicalização do nascimento foi extrema. As mulheres grávidas eram literalmente tratadas como doentes, o nascimento foi transformado em um procedimento cirúrgico. A anestesia geral era a norma. A sala de parto era (e ainda é) uma sala de cirurgia e o obstetra um cirurgião.

DeLee (1920) imbuído desta filosofia escreveu¹:

“O parto tem sido considerado, e ainda assim acreditam alguns, uma função fisiológica. Tanto os médicos quanto os leigos consideram bizarro chamar o parto de uma função anormal, uma doença, e ainda um processo definitivamente patológico. Tudo, é claro, depende de como se define normal. Se uma mulher cai sobre um ancinho e tem o seu períneo penetrado pelo cabo, nós consideramos isso como patológico – anormal, mas se um grande bebê passa pelo assoalho pélvico, nós dizemos que isso é natural, e, portanto, normal. Se um bebê tiver sua cabeça presa por uma porta, de maneira gentil, mas suficiente para causar hemorragia cerebral, nós podemos dizer que isso decididamente é patológico, mas quando a cabeça do bebê é esmagada contra um assoalho pélvico apertado, e é morto por hemorragia cerebral, nós chamamos isso normal, pelo menos nós dizemos que a função é natural, não patogênica.” (Delee, Jos B, 1920a)

Cada vez surgem e são publicadas mais evidências de que uma grande parte destas rotinas é desnecessária e até danosa à saúde. (Goer, Henci, 1995) Publicações na área médica, (Enkin *et al.*, 1995), antropológica, (Davis-Floyd, Robbie;Arvidson, 1997a), sociológica, (Rothman, Barbara Katz, 1982) dentre outras, questionam como a obstetrícia, que se auto-intitula uma ciência, possa ser, em alguns aspectos, tão irracional. Alguns autores acreditam que estas rotinas obstétricas são de fato respostas, em forma de ritos, da nossa sociedade tecnocrática frente ao medo extremo do processo natural. (Rothman, Barbara Katz, 1982) Da mesma forma, rotinas como episiotomia, monitorização fetal intra-parto e muitas outras são sentidas por aqueles que as realizam como uma forma de transformar o imprevisível e incontrolável processo do nascimento num fenômeno previsível e controlável, reforçando os mais profundos credos da sociedade ocidental sobre a superioridade da tecnologia sobre a natureza. (Davis-Floyd, Robbie;Arvidson, 1997a)

A taxa de cesariana pode servir de exemplo acerca dos resultados alcançados por este modelo. No Brasil, no período de 1994-1998, a taxa de cesariana foi de 38,1%, de 41,06%

em Santa Catarina e de 45,09% em Florianópolis,(Datasus, 2000) , ou seja, neste período quase metade das mulheres residente em Florianópolis, foi operada para a terminação de um processo que é considerado fisiológico. A essas taxas agregam-se coeficientes oficiais de mortalidade materna que coloca o Brasil em uma situação que merece a mais profunda reflexão sobre o modelo de atenção ao parto. No período de 1997 e 1998 os coeficientes foram respectivamente de 61,2 e 68 para cada 100.000 nascidos vivos.(Datasus, 2000)

VanTuinen & Wolfe (1992) concluíram que a cesariana é o procedimento cirúrgico mais comum nos E.U.A. (Vantuinen;Wolfe, 1992) — esqueceram-se, com certeza, da episiotomia, inquestionavelmente a cirurgia mais praticada nesta área e em nosso meio.

A maioria dos médicos afirma que só a pratica quando realmente necessário. Também concorda que a operação é tão segura quanto o parto normal, que ela é necessária num grande número de casos e que, desta forma, garante bons resultados. (Goer, Henci, 1995) Mas a literatura médica apresenta resultados que contradizem estas afirmações. (Minkoff;Schwarz, 1980; O'Driscoll;Foley, 1983; Pearson, 1984) E o que torna esta matéria ainda mais instigante é a constatação de que apesar de nos E.U.A. o acesso a esta tecnologia ser virtualmente universal, o que tem sido demonstrado por vários estudos é que este acesso não garantiu melhores resultados perinatais (Leveno *et al.*, 1986; Prentice;Lind, 1987; Sandmire, 1990). Sem entrar no mérito de qual seria a taxa ideal de cesariana, a OMS considera que nenhuma melhora dos resultados perinatais é encontrada com taxas superiores a 7%. (Enkin *et al.*, 1995) Apesar deste reconhecimento, dificilmente encontramos países com taxas próximas a estas. A extensão das divergências entre os tocólogos quanto às indicações desta cirurgia sugere que a comunidade obstétrica não tem certeza quanto às indicações e, também, que a existência de fatores não médicos contribui para a maior parte destas indicações.(Goer, Henci, 1995)

Recente editorial publicado no New England Journal of Medicine discute as vantagens potenciais de se instituir a cesariana profilática. Segundo o editorial, em sendo o parto e nascimento potencialmente danosos à saúde tanto materna quanto da criança, cabe questionar por que não instituir a cesariana profilática, removendo desta forma os riscos do parto normal (Prophylactic cesarean section at term [letter], 1985). Pensamentos como este substituíram a dilatação espontânea do colo uterino pela manual, que foi substituída pela ocitocina, que foi substituída pela cesárea.

Davis-Floyd (1992) discutiu o assunto abordando as máquinas como ícones de uma cultura que as superestima sobre os corpos e a tecnologia sobre a natureza. Os

procedimentos obstétricos são encarados enquanto rituais que não apenas transferem núcleos culturais para as mulheres, mas também aumentam a confiança dos profissionais de saúde, decompondo o nascimento em segmentos identificáveis e (aparentemente) controláveis e unindo estes segmentos e reconstruindo o parto como um processo mecânico. Estes rituais aumentariam a confiança não somente dos profissionais de saúde, mas também das mulheres — estarem ligadas à mais alta tecnologia conduz muitas mulheres ao sentimento de estarem sendo bem cuidadas ou mesmo à falsa impressão de segurança. (Davis-Floyd, Robie, 1992)

Porém, nem todas as mulheres e, por que não dizer, nem todos os profissionais de saúde compartilham destes pensamentos e se sentem seguros e amparados pelo modelo hegemônico de assistência ao parto e do nascimento. Existem algumas mulheres e alguns profissionais que acreditam na maior importância da natureza e de seus corpos sobre a ciência e a tecnologia, os quais entendem que a decomposição do parto em segmentos pode ser mais perigoso do que seguro e que desejam vivenciar o parto e o nascimento de forma integral. (Rothman, Barbara Katz, 1982)

Cada agrupamento de seres humanos, em interação constante com o meio-ambiente e com outros agrupamentos, adota um conjunto de adaptações que incluem maneiras únicas de “ser”, “fazer”, e “conhecer”. Engelmann, citado por Rezende, vai mais além quando afirma que “...as práticas obstétricas de uma tribo ou nação indicam-lhe o grau de cultura, princípios morais e até sua civilização.”(Rezende, J., 1962) Dentro da diversidade de “maneiras de conhecer” emergiu na cultura ocidental, nos últimos 400 anos, a ênfase hegemônica no conhecimento obtido externamente — fatos que são descobertos através da pesquisa científica, informações compiladas em gráficos, estatísticas e máquinas. Na nossa cultura recebemos esse conhecimento de outras pessoas, na sala de aula, livros e mais recentemente através dos computadores. Armazenar em nossas mentes uma grande quantidade de conhecimentos adquirida externamente é essencial para o nosso sucesso, segundo a sociedade tecnocrática ocidental; somos graduados nisto, julgados por isto se bem sucedidos ou não, com base em quanto deste conhecimento nós temos. E muito frequentemente esquecemos ou tendemos a menosprezar conhecimento obtido internamente — o conhecimento advindo do nosso interior, que surge como um sentimento, uma intuição.(Capra, 1982b; Illich, 1975____1984)

Pode ser observado no trabalho dos antropólogos que ao se afastarem de suas próprias culturas, na busca de novos conhecimentos, particularmente ao entrarem em

contato por algum tempo com culturas bem diferenciadas, (interior da Amazônia, por exemplo), se deparam com outras formas de aprendizado e com valores díspares dos nossos. Frequentemente concluem que nossa cultura não é o “mundo real” mas apenas uma das maneiras de interpretá-lo. Observam que em muitas culturas valoriza-se o conhecimento adquirido internamente tanto ou mais do que os adquiridos externamente. (Davis-Floyd, Robbie;Arvidson, 1997a)

Estudos sobre as guildas dos pintores, escultores, atores e escritores têm sido realizados há muito tempo por interessados nas artes e na cultura. Recentemente, muito se publicou sobre outros grupos profissionais, como, por exemplo, advogados e cientistas. O autor deste estudo sugere que os médicos e os cirurgiões também merecem uma investigação histórica mais aprofundada, não somente dentro da perspectiva estreita de seu desenvolvimento profissional, mas por aquilo que se pode revelar sobre o processo histórico mais amplo e de suas relações com as mudanças sociais.

Seria muito difícil, dentro dos limites conceituais da medicina, explicar de forma satisfatória o atual estágio da obstetrícia, entendendo os fatores que contribuíram para a formação do atual saber hegemônico na atenção às mulheres. Somente através de uma visão mais ampla, histórica, antropológica e política se pode tentar compreender e explicar o atual estágio de desenvolvimento desta ciência.

Obstetrícia vem de *obstare*, (Rezende, J., 1962) que pode ser traduzido tanto como **se postar ao lado**, ou, como **ser contrário a alguma coisa**. Seria a obstetrícia praticada em nosso tempo e em nossa cultura derivada da primeira tradução ou da segunda? Seria esta ciência baseada em fatos científicos ou em mitos e rituais? Seriam estes modelos efetivos e eficientes? Estariam de acordo com a necessidade da população atendida? Estariam as usuárias satisfeitas?

O autor não é um antropólogo e não é sua intenção comparar os conhecimentos tradicionais — obtidos empiricamente e transmitidos de geração em geração nas diferentes culturas — com o conhecimento hegemônico em Obstetrícia. O autor também não é sociólogo, portanto não pretende desenvolver uma sociologia do conhecimento. Por outro lado, desperta muito interesse a confiança da sociedade e em particular dos obstetras neste conhecimento que a Obstetrícia afirma ter desenvolvido cientificamente, superando todas as outras formas de conhecimento. A utilização de noções, ainda que rudimentares, da antropologia e da sociologia, que por incômodas são “esquecidas” ou mesmo reprimidas na formação do médico moderno, reflete apenas o estágio atual da formação intelectual do

autor, que teve que aceitar uma série de rupturas em seu trajeto profissional, uma mudança de paradigma, para persistir na busca, parafraseando Stein (1972), de forma solidária e honesta de uma consciência crítica que não pactue com a força nem vacile diante da própria fraqueza. E que saiba que isto não basta!

O autor se propõe a desvendar o caminho que possibilitou a construção desta hegemonia, a forma com que este conhecimento se relaciona com uma sociedade tecnocrática e patriarcal e também como a Obstetrícia teoriza estas relações: o *modus operandi* que mantém esta situação.

O projeto inicial foi o de estudar a lógica da construção da hegemonia de um determinado modelo de atenção ao parto e nascimento. Logo de início ficou claro a necessidade de uma viagem pelas questões históricas, culturais, institucionais e da visão do mundo que serviram de alicerce para a construção desta hegemonia.

A observação dos resultados apresentados por modelos diferentes de atenção ao parto e nascimento sugere a enorme gama de variações na organização desses modelos. As diferenças encontradas no Brasil quando comparado aos EUA e a países como Holanda são enormes, seja nos resultados, seja na forma como se organizam os modelos. Mas há uma afinidade, uma semelhança que deve ser sublinhada: estes modelos estão estabilizados e aceitos tanto pelos profissionais quanto pelas clientes, o que propicia, a despeito das diferenças encontradas, uma postura acrítica sobre o próprio modelo. Autocrítica parece ser uma característica de sistemas que estejam passando por mudanças.(Jordan, 1993a)

Um sentimento de adequação, de estar-fazendo-a-coisa-certa, é compartilhado pela maioria dos profissionais, das mulheres e de suas famílias. Logo, para este conjunto de atores, fica difícil aceitar e discutir as críticas. Na medida em que o questionamento originado dentro de um dado modelo raramente ocorre, torna-se de grande utilidade a comparação entre modelos diferentes, o que propicia iluminar aspectos que estariam obscurecidos ao serem examinados a partir do interior de um determinado modelo de atenção ao parto e nascimento.

Tradicionalmente os estudos comparados baseiam-se tão somente em variáveis biomédicas quantificáveis, demonstrando uma tendência em menosprezar os aspectos e a natureza biossocial do parto e do nascimento. Muito se ganharia ao adicionar aos aspectos tradicionalmente estudados as variáveis sócio-ecológicas que são fundamentais para o entendimento do parto enquanto um fenômeno bio-psíquico-social.

Nesta dissertação o autor, através de uma viagem pela história da obstetrícia, apresentada do Capítulo III, aponta o caminho percorrido desde a concepção de parto “enquanto uma coisa de mulheres” até a publicação do livro de Jorge de Rezende: “*Obstetrícia*”. A partir da história da obstetrícia pode-se observar a construção de uma disciplina que se propões científica mas que, pode-se sugerir, foi baseada mais em mitos do que na realidade científica.

No Capítulo IV, a partir de variáveis selecionadas, o autor sugere que os resultados apresentados pelo atual modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento apontam para uma contradição. Este modelo não responde às demandas da população de alto risco, haja vista a taxa de mortalidade materna e perinatal, e também não responde às demandas da população sem risco, que é rotineiramente submetida a um grande número de intervenções desnecessárias e, eventualmente, danosas à saúde.

No Capítulo V o autor, utilizando ferramentas da Antropologia, discute o arcabouço teórico, a visão de mundo que fundamenta a gênese e a manutenção da hegemonia do modelo tecnocrático de atenção ao parto. Apesar da variedade cultural observada no Brasil e, conseqüentemente, a variedade de modelos de atenção ao parto e nascimento, o autor se deteve na apresentação de apenas dois modelos: o tecnocrático e o holístico. O primeiro como representante da hegemonia, o segundo, em nosso meio, representando a heresia. A apresentação desses dois modelos é suficiente para o entendimento dos fatores que contribuíram para a gênese do modelo que o autor se propôs a estudar.

Finalmente, no Capítulo VI o autor apresenta a antítese do paradigma cartesiano, gerador do modelo hegemônico — o pensamento sistêmico e propõe uma construção coletiva da síntese que seria um novo modelo de atenção ao parto e nascimento.

A ignorância e o entendimento errado, em qualquer que seja a situação, pode levar à conseqüências lamentáveis. Na atualidade a ciência e a tecnologia fazem parte integrante do nosso dia-a-dia e ignorância ou um entendimento inadequado desta ciência ou tecnologia pode levar a conseqüências particularmente deploráveis.

A ignorância a respeito da ciência tem sido universalmente deplorada. E atitudes contra o “analfabetismo” em ciência têm merecido a preocupação de todos. O que não tem sido muito explorado é o quão freqüentemente se manifesta um entendimento inadequado desta ciência e desta tecnologia. Entendimento inadequado que também está presente entre aqueles que lamentam o analfabetismo científico. O público, os formadores de opinião e

até mesmo os cientistas carecem de um entendimento do significado da ciência, do significado do que seja ser científico e qual a relação entre a ciência e a tecnologia.

Exemplo da compreensão inadequada da ciência é a afirmação de que ela premia a originalidade — os cientistas mais originais são geralmente aqueles que não conseguem espaço para publicação de seus trabalhos, ou que passam grande parte de seu tempo tentando convencer seus pares da validade de seus pensamentos.

A compreensão inadequada da ciência traz consigo um fardo considerável de ações inadequadas sobre atividades relacionadas à nossa existência, seja na área militar, na educação, saúde e sobre o meio ambiente. Nos livrar do pesado fardo que constitui um entendimento inadequado da ciência pode ser vantajoso tanto nas questões intelectuais, mas, e principalmente, nas de ordem prática.

Mas com que autoridade pode-se classificar estes pensamentos como “inadequados”? Quem sabe mais?

Nas últimas décadas do século XX pessoas em número crescente e oriundas dos mais diversos campos do conhecimento engajaram-se em uma busca do entendimento do papel que a ciência e a tecnologia vêm desempenhando na sociedade contemporânea. Algumas destas pessoas são engenheiros, historiadores, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, dentre tantas outras que no âmbito privado, ou vinculados à esfera pública, vêm trabalhando no sentido de extrapolar e transcender o campo de conhecimento em que foram formados, de maneira a virem a entender melhor o que é a ciência e o seu significado para a sociedade humana.

Estas pessoas abraçaram a tarefa de buscar entender como que as questões relacionadas à ciência e à tecnologia de um lado, e as questões culturais do outro, influenciam e são influenciadas umas pelas outras. Buscam uma visão global de entendimento destas relações quando, por exemplo, sugerem que o reconhecimento da maneira como os cientistas interagem influencia a validade do conhecimento que é adquirido.

Com esta discussão o ator propõe contribuir para a elaboração de um caminho para superação do atual modelo. Este caminho pressupõe uma ruptura com a visão de mundo que assume o cosmos como uma máquina perfeita (o universo mecânico, montado segundo leis imutáveis), o homem como máquina, a mulher como máquina defeituosa. Uma espécie de licença cartesiana parece ter dado precedência à matéria em relação à forma, ao corpo

em relação à alma, e à natureza espacialmente extensa em relação à percepção interna. A matéria, o corpo e a natureza — ao contrário do pensamento ou do sentimento — puderam ser quantificados, examinados e enfim supostamente “compreendidos”.

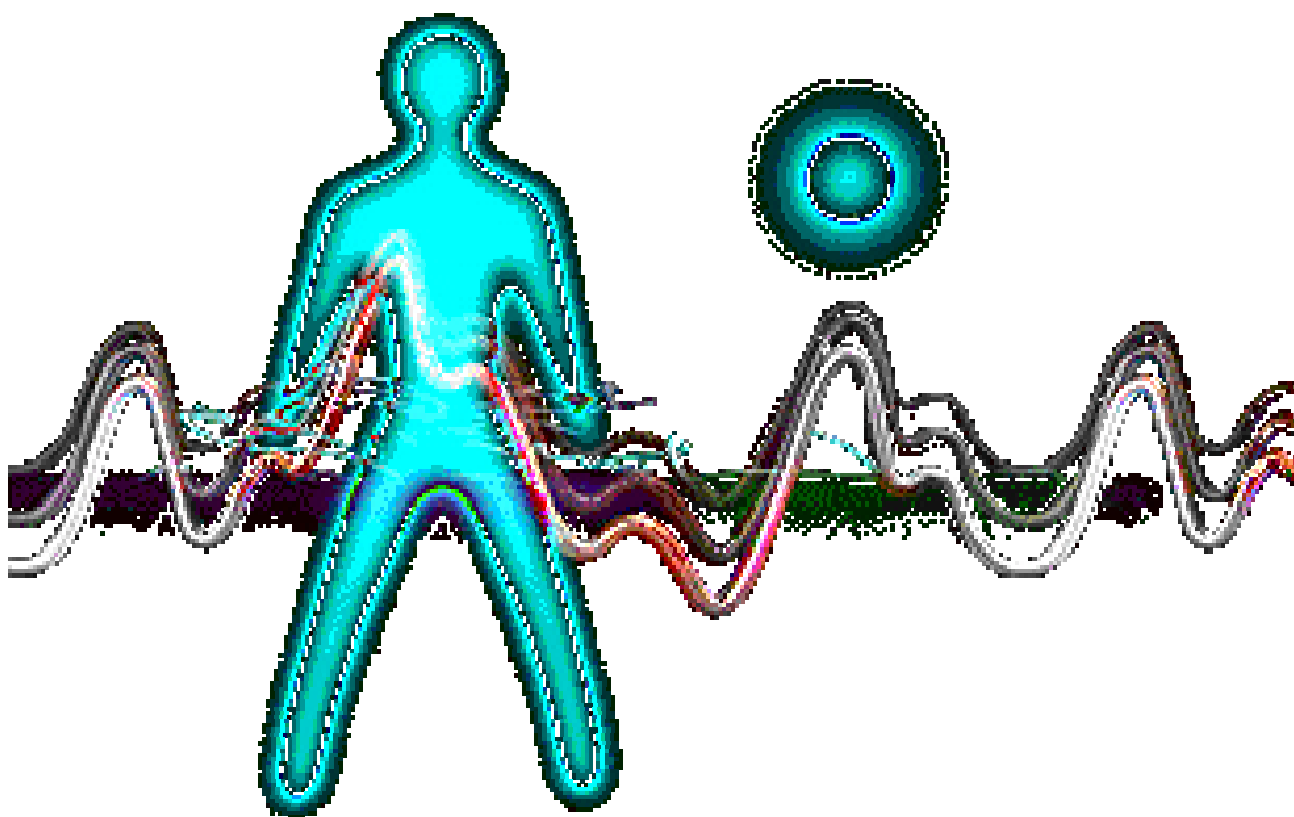
A mudança de paradigma proposta pelo autor envolverá um grande desafio, o de elaborar uma nova filosofia, com a formulação de novos modelos conceituais, novas instituições e a implementação de uma nova política de assistência à mulher.

Mais do que apresentar respostas este estudo é um convite. Um convite à reflexão. Refletir sobre o caminho trilhado, seus pressupostos, seus erros, seus acertos. Um convite à discussão. Na medida em que ainda não existe um sistema bem estabelecido de terapias que corresponda a um paradigma sistêmico, cabe uma discussão sobre a adequação dos vários modelos e técnicas terapêuticas que sejam compatíveis com este novo paradigma.

“Mais cedo ou mais tarde, a física nuclear e a psicologia do inconsciente se aproximarão cada vez mais, já que ambas, independentemente uma da outra e a partir de direções opostas, avançam para território transcendente. (...) A psique não pode ser totalmente diferente da matéria, pois como poderia de outro modo movimentar a matéria? E a matéria não pode ser alheia à psique, pois de que outro modo poderia a matéria produzir a psique? Psique e matéria existem no mesmo mundo, e cada uma compartilha da outra, pois do contrário qualquer ação recíproca seria impossível. Portanto, se a pesquisa pudesse avançar o suficiente, chegaríamos a um acordo final entre os conceitos físico e psicológico. Nossas tentativas atuais podem ser arrojadas, mas acredito que estejam no rumo certo.” Carl Gustav Jung (1951)²

¹ “Labor has been called, and still is believed by many, to be a normal function. It always strikes physicians as well as laymen as bizarre, to call labor an abnormal function, a disease, and yet it is decidedly a pathologic process. Everything, of course, depends on what we define as normal. If a woman falls on a pitchfork, and drives the handle through her perineum, we call that pathologic – abnormal, but if a large baby is driven through the pelvic floor, we say that is natural, and therefore normal. If a baby were to have his head caught in a door very lightly, but enough to cause cerebral hemorrhage, we would say that is decidedly pathologic, but when a baby’s head is crushed against a tight pelvic floor, and a hemorrhage in the brain kills it, we call this normal, at least we say that function is natural, not pathogenic”. DELEE, JOS B. The prophylactic forceps operation. **Am J Obstet Gynecol**, n.1, p.34-44, 1920a.

² Jung CG. Aion, CW, vol 9, ii, 1951 in: CAPRA, FRITJOF. **O ponto de mutação**. 5 ed. São Paulo: Cultrix, 1982d. 447 p.



CAPÍTULO II: METODOLOGIA

CAPÍTULO II: METODOLOGIA

“Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação” Strauss (1975)

Este estudo é essencialmente qualitativo, assumindo, como Minayo, que *“a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela. Portanto os códigos das ciências que por sua natureza são sempre referidos e recortados são incapazes de a conter.”* (Minayo, M. C. D. S., 1998)

O autor, ao fazer a opção do materialismo histórico como método, considera que o objeto de pesquisa não pode ser definido de forma estática ou estanque. Só podendo ser conceituado historicamente e entendendo-se todas as contradições e conflitos que permeiam seu caminho. *“Significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado.”* (Minayo, M. C. S., 1992)

Assim sendo o autor parte do pressuposto que as diferentes visões de mundo são construídas no contexto das relações das forças produtivas, com a organização particular da sociedade e de sua dinâmica interna, ou seja, no campo da filosofia política. *“O pensamento e a consciência são fruto da necessidade, eles não são um ato ou entidade, são um processo que tem como base o próprio processo histórico. (...) Portanto, tanto os indivíduos como os grupos e também os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico.”*(Minayo, M. C. S., 1992)

Outro aspecto importante que foi levado em consideração na escolha do método é o fato de que a ciência *“é intrínseca e extrinsecamente ideológica. Ninguém hoje ousaria negar que toda a ciência é comprometida. Ela veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas e se submete e resiste aos limites dados pelos esquemas de dominação vigentes.”*(Minayo, M. C. S., 1992) Segundo Althusser *‘todas as ciências,*

tanto as sociais quanto as naturais, estão constantemente submetidas ao assédio das ideologias existentes, especialmente dessa ideologia aparentemente não ideológica na qual o sábio reflete 'espontaneamente' na sua própria prática: a ideologia empirista ou Positivista.”(Althusser, 1986)

A escolha do método adotado parte de uma opção por uma filosofia que auxilie a compreensão e a libertação dos mitos e permita dominar a prática e seus efeitos. Este método permite uma interação entre o pesquisador e os membros das situações investigadas, ao contrário das técnicas ditas convencionais que são usadas de acordo com um padrão de observação positivista no qual se manifesta grande preocupação com números e a quantificação dos resultados.

Estes pressupostos *“Conduz-nos também a enfatizar as correntes de pensamento que assumem como a essência da sociedade o fato do homem ser o ator de sua própria existência. Essa atoria e autoria em condições dadas são o material básico com o qual trabalhamos na pesquisa social, e que pode ser traduzida em números, gráficos e esquemas, mas não se limita e não se resume aí.”*(Minayo, M. C. S., 1992)

Assim sendo o autor não considera possível desenvolver uma pesquisa independentemente de um quadro teórico de natureza sociológica, tecnológica ou política.

Um dos aspectos importantes para o método filosófico não é o fato de aplicar-se em toda parte, mas o fato de ele tentar descobrir as leis da evolução do conhecimento humano no sentido de sucessivas aproximações da verdade. As regras e procedimentos da lógica formal são aplicáveis em todos os campos do conhecimento científico, no entanto não alcançam a condição de método do desenvolvimento da ciência moderna.

O dispositivo formal do pensamento, a cuja elaboração se dedica a lógica formal, ajuda a compreender a estrutura da teoria científica moderna, desempenha certa função no movimento entre uma teoria e outra, mas é incapaz de explicar o desenvolvimento natural do conhecimento científico. (Lefebvre, 1995b)

A mutabilidade dos conceitos e teorias da ciência moderna se afigura absolutamente incompatível, a alguns filósofos, com o reconhecimento da objetividade do conteúdo desses conceitos e teorias. O pensamento racional relaciona objetividade com imobilidade, absolutividade com imutabilidade, mas não pode relacionar a objetividade do conhecimento com a sua evolução. Entretanto, são igualmente demonstradas a veracidade objetiva das teorias da ciência e a rápida substituição, a evolução destas. Faz-se necessário,

portanto, um método filosófico que possa explicar como e por quê é possível, segundo que lei se processa o desenvolvimento do conhecimento científico e qual a sua tendência fundamental. (Corbisier, 1986)

O método filosófico deve explicar as peculiaridades do conhecimento científico moderno e contribuir para o seu desenvolvimento, definir corretamente as suas tendências, as formas de incorporação de novos valores mediante os novos resultados. Para tanto ele deve ter como base lógica um sistema de categorias desenvolvido e substancial. Uma universalidade acanhada não deve ser considerada como virtude de uma categoria filosófica, enquanto o conteúdo objetivo, que determina as possíveis vias do movimento do conhecimento, é a força dessas categorias.

O autor busca um método de aquisição da verdade objetiva e está subordinado à tarefa de representar as leis da natureza e da vida social tais quais existem na realidade. (Althusser, 1986) O caminho trilhado se fortalece na medida em que busca o entendimento de um modelo de atenção ao parto e nascimento assumindo que este modelo ao mesmo tempo que é fruto da sociedade onde foi criado tem um papel importante no fortalecimento dos valores desta sociedade. Aprofunda a crítica na ciência que o moldou sem entrar em conflito direto com essa ciência porque ela mesma muda e se desenvolve à base da aquisição de novos conhecimentos científicos. Essa capacidade do método de mudar a sua forma segundo o nível de conhecimento científico garante-lhe eficiência e relação indestrutível com a ciência. (Althusser, 1986)

O êxito e a capacidade de desempenho do método dependem do tipo de leis em que se baseiam as suas regras, da plenitude e precisão com que essas regras refletem tais leis.

Na filosofia reduz-se amiúde o método filosófico de conhecimento científico a três momentos: indução, dedução e verificação da teoria no experimento. A indução conduz à construção teórica, a dedução permite conseguir o efeito da teoria e o experimento verifica esses efeitos. Assim o método científico é descrito por muitos autores que compartilham a concepção positivista da ciência. Indução-dedução-verificação, que se repetem ciclicamente, ocupam, evidentemente, posição relevante no método científico. Entretanto não se pode reduzir o método a esses momentos que estão em constante repetição. Ao optar o método pelo materialismo histórico o autor subsidia a elaboração de uma infinidade de formas inter-relacionadas, modos e procedimentos que trabalham à base de categorias como as de abstrato e concreto, lógico e histórico, razão e juízo, análise e síntese.

O método filosófico surge como generalização de todos os outros métodos; não se iguala a nenhum destes, mas incorpora do mesmo a bagagem, da mesma forma que o universal absorve o particular e o singular.(Corbisier, 1986) Em termos genéricos, o processo de desenvolvimento vai dos métodos especiais ao filosófico. Aqui, como em toda parte, o processo evolui do singular ao universal através do particular. No entanto isto ocorre não por meio da transformação de um método especial (ou de métodos especiais) no filosófico. Este surge independentemente, mas levando em conta os resultados dos métodos especiais.

Os métodos especiais são multiformes. Entre eles podemos destacar aqueles que são aplicados por diversas ciências. Embora estes métodos sejam aplicados em muitas ciências (e a tendência é aplicá-los em todas), devemos situá-los entre os métodos especiais e não no filosófico, de vez que não determinam o caminho geral de evolução do conhecimento no sentido da verdade com todos os componentes, mas apenas alguns aspectos, alguns momentos dessa evolução.(Corbisier, 1986)

A correta relação entre os métodos especiais e o filosófico pressupõe que o método filosófico é irreduzível aos métodos especiais, assim como não se pode considerar o método especial como sendo refratário, uma forma de manifestação do filosófico. A dialética materialista não é uma soma de métodos especiais seja qual for a forma em que estes se manifestem; ela elabora suas categorias em cujos limites dá-se o movimento do pensamento. O centro para o qual se volta o método de conhecimento é a teoria científica e o modo de seu funcionamento, a construção e o desenvolvimento. Se atentarmos para a história da evolução do método filosófico, veremos que ele foi elaborado, por um lado, mediante a obliteração das pretensões ao absoluto que se verificavam nos métodos baseados no conhecimento das leis dos aspectos isolados dos fenômenos da realidade objetiva, e, por outro, da formação dos princípios gerais do movimento do conhecimento no sentido da criação de uma teoria concreta. As principais intenções dos filósofos dos séculos XVII-XVIII eram a procura de um novo método cuja aplicação permitisse atingir o domínio sobre a natureza e fazer descobertas científicas. Descartes propunha a criação de uma filosofia prática que nos tornasse senhores e soberanos da natureza.(Descartes, 1999) A filosofia da Idade Moderna mostrou nitidamente que sem método é impossível resolver a tarefa de apreender a natureza e dominar as suas forças espontâneas. Neste sentido muda o próprio objeto da filosofia, no qual o método assume significado principal. O caráter do método filosófico daquele período era determinado pelo nível do desenvolvimento social

em geral e da ciência em particular. A partir da segunda metade do século XV, as ciências naturais começam a alcançar os primeiros êxitos, após elaborar o método de estudo da natureza que serviu de base também ao método filosófico.

Ao elaborar o método, Bacon, no *Novo Organon*, se orientou nas ciências naturais experimentais, razão por que seu método tem como elementos componentes a indução, análise, comparação, observação e o experimento. Interpretada à maneira materialista, a experiência se converte em instrumento fundamental do conhecimento. A ciência deve construir-se com base na análise, na observação e no experimento, remontando ao conhecimento das causas, leis e os elementos mais simples (“naturezas” e “formas”). O modo dessa ascensão é a indução, a que ele chama obtenção ou produção de axiomas a partir da experiência.

Descartes tomou outro caminho. O antípoda do método indutivo unilateral de Bacon foi, o igualmente unilateral método dedutivo de Descartes, que também rejeitava a escolástica medieval e o misticismo, procurando colocar a ciência em base sólida. Mas o filósofo racionalista não tomava como base sólida a experiência e a indução, mas a intuição racional e a dedução. (Descartes, 1999)

Na colocação do problema do método filosófico, esses pensadores se caracterizam principalmente pelo empenho em transformar o método aplicado nesse ou naquele campo do conhecimento em modo universal de construção da teoria científica. Mas Kant e, posteriormente, Hegel já abordaram de modo diferente a solução desse problema. Eles não procuraram converter em método filosófico universal o método de qualquer ciência particular. (Morente, 1992b)

Para os representantes do idealismo clássico alemão, a tarefa da filosofia é extrair da análise do próprio pensamento (sob forma concreta geral) os caminhos do movimento no sentido de uma verdade. Na tentativa de superar as insuficiências do método baseado na concepção mecanicista do mundo está o valor do “*método crítico*” de Kant.

Hegel avançou mais por esse caminho. Ao revelar momentos do método filosófico como a progressão do movimento mediante as contradições, a negação enquanto forma de automovimento, Hegel construiu todo um sistema de categorias. Enfatizando o caráter objetivo destas, escreveu sobre a dialética considerando-a como arte, como se ela radicasse em algum talento subjetivo e não pertencesse à objetividade do conceito. A dialética é o conteúdo interior do objeto e não algo exterior a este. O método hegeliano é o método

filosófico, construído com base no sistema de conhecimento filosófico e não por meio da transformação de um método especialmente científico e método universal; ao perderem sua desmedida pretensão, os métodos especiais passam a ocupar os seus devidos lugares. (Morente, 1992a)

O materialismo dialético deu continuidade e desenvolveu essa concepção da diferença entre o método filosófico e os métodos das ciências especiais, reconhecendo ao mesmo tempo a estreita relação de reciprocidade entre o primeiro e o segundo.

De acordo com o pensamento do materialismo dialético, pode-se considerar a existência de cinco categorias diversas de fenômenos na natureza, perfeitamente entrelaçados e em íntima relação entre si, os quais podem ser enumerados numa ordem de certo modo hierárquica pela grande dependência em que cada um deles se acha em relação aos anteriores:

1. **Fenômenos de ordem mecânica** — que compreendem os fenômenos ligados aos movimentos dos corpos no espaço e às leis desse movimento;
2. **Fenômenos de ordem física** — que se referem à estrutura íntima da matéria na escala atômica e a todas as formas sob as quais a matéria se pode apresentar ou formas de energia pelas quais se pode manifestar: o calor, a luz, a eletricidade, o magnetismo, dentre outros;
3. **Fenômenos de ordem química** — que englobam os que se realizam fora dos átomos e atingem às moléculas, individualmente, ou a grupos de moléculas dos corpos. Eles referem-se às características de cada corpo, seja ele um elemento ou um composto químico no sentido de distinguir um do outro, à formação e transformação dos corpos compostos uns nos outros e às combinações dos corpos simples ou compostos entre si;
4. **Fenômenos vivos** — são os que se caracterizam pela vida que possuem, o que os distingue dos fenômenos anteriores. Referem-se aos compostos orgânicos com qualidade peculiares de organização, instabilidade, absorção trocas materiais químicas com o meio ambiente, crescimento, reprodução e sensação;
5. **Fenômenos da consciência** — ou psíquicos, isto é, fenômenos particulares próprios de determinados conjuntos de células de alguns organismos vivos, que estabelecem uma relação ativa entre o corpo e o Universo;

6. **Fenômenos de ordem social** — os que se referem, particularmente, à atividade de grupos de indivíduos dotados de consciência. Eles compreendem os que se realizam na vida social dos animais que vivem em sociedade, particularmente os homens. Entre estes últimos, os fenômenos sociais podem ter aspectos econômicos e políticos.

O materialismo dialético realiza, assim, a síntese evolutiva dialética em torno destas categorias de fenômenos. Os fenômenos vivos e conscientes são diversos, em seu aspecto total, dos fenômenos físicos ou químicos. É uma categoria à parte de fenômenos. Mas não devem ser atribuídos a alguma essência inatingível pelo simples fato de desconhecermos sua natureza.

É necessário esclarecer que, embora constituindo categorias de fenômenos diferentes entre si, todos eles se derivam, pela transformação dialética, de um único fenômeno fundamental e geral e que é a base única e indispensável do Universo: o MOVIMENTO. O termo “movimento” deve, porém, ter uma significação mais ampla do que a concepção usual. O movimento é o fenômeno geral, central, fundamental, é o fenômeno em si. Ele constitui a unidade que se fragmenta em seus contrários.

Dele partem os fenômenos mecânicos, físicos e químicos que, por sua vez, geram os fenômenos vivos, espirituais e sociais, pelo processo das leis dialéticas do Universo.

Três são as categorias básicas do Universo: **matéria**, **tempo** e **espaço**. Nenhuma delas pode ter existência independente: a matéria é função do tempo e do espaço, como espaço é função do tempo e da matéria, e o tempo função da matéria e do espaço. Mas as três são funções de uma categoria básica universal e fundamental: o movimento da matéria.

Assim, pois, segundo o ponto de vista do materialismo dialético:

- Há diferentes classes de fenômenos no Universo, que têm de comum um fenômeno único: o movimento;
- Cada uma destas classes de fenômenos deve, entretanto ser considerada e estudada à parte porque, embora haja estreita relação e similaridade entre elas e obedeçam a determinadas leis gerais do Universo, governa-se cada uma por leis próprias.

Estudar os fenômenos sociais exige mais do que leis mecânicas ou físico-químicas, como é impossível estudar os fenômenos biológicos com leis sociais e os fenômenos físicos com as leis psicológicas.

Sem distinção dessas diferentes categorias de fenômenos não se poderá empreender um estudo verdadeiramente científico.

A dialética materialista tem as suas leis, entre as quais costuma-se distinguir as chamadas leis básicas:(Lefebvre, 1995a)

1) Lei da interação universal (da conexão, da “mediação recíproca de tudo que existe”):

- a) *“A pesquisa racional (dialética) considera cada fenômeno no conjunto de suas relações com os demais fenômenos e, por conseguinte, também no conjunto dos aspectos e manifestações daquela realidade de que ele é ‘fenômeno’, aparência ou aparecimento mais ou menos essencial.”*(Lefebvre, 1995a)

2) Lei do movimento universal:

- a) *“O método dialético busca penetrar — sob as aparências de estabilidade e de equilíbrio — naquilo que já tende para o seu fim e naquilo que já anuncia seu nascimento. Busca, portanto, o movimento profundo (essencial) que se oculta sob o movimento superficial. A conexão lógica (dialética) das idéias reproduz (reflete), cada vez mais profundamente, a conexão das coisas.”*(Lefebvre, 1995a)

3) Lei da unidade e luta dos contrários

4) Lei da transformação das mudanças quantitativas em qualitativas:

- a) *“O crescimento do poder humano sobre a natureza (das forças criadoras, produtivas) não produz apenas novos graus no pensamento. Produz também crises econômicas, sociais, políticas: transformações bruscas. Põe problemas; e quem diz problema diz contradição, não-latente, porém em sua mais alta tensão, no momento mesmo da crise e do salto, quando a contradição tende para a solução objetivamente implícita no devir que a atravessa. O pensamento humano, também aqui, reflete a solução — ‘encontra’ a solução; e, inserindo-se assim no movimento, resolve pela ação a crise, superando a situação contraditória.”*(Lefebvre, 1995a)

5) Lei da negação da negação

6) Lei do desenvolvimento em espiral

- a) *“A vida não destrói a matéria sem vida, mas a compreende em si e a aprofunda. O ser vivo tem sua química; há entre a vida e a matéria sem vida apenas um ‘salto’ dialético, não uma descontinuidade absoluta. E mesmo a química do ser vivo ou a química orgânica aparece como mais rica, mais vasta que a química da matéria.”*

- b) *Do mesmo modo, o pensamento compreende e aprofunda a vida em si próprio. E mesmo a vida — com seus carecimentos, suas atividades fisiológicas, seus órgãos como a mão — apareceu em seu posto em nossa lógica concreta. Não é a vida a base do entendimento e o ponto de inserção perpétua de nossa razão concreta na interação universal? E a vida não é a separação efetiva, bem como a unidade sempre renovada, entre o singular (o individual) e o universal, que submete mais profundamente ainda esse ser singular às leis universais?*
- c) *No devir do pensamento e da sociedade, revela-se ainda mais visivelmente o movimento ‘em espiral’: o retorno acima do superado para dominá-lo e aprofundá-lo, para elevá-lo de nível libertando-o de seus limites)de sua unilateralidade).(Lefebvre, 1995a)*

Todas estas leis são indispensáveis e no conjunto ocupam posição especial na concepção dialética do desenvolvimento, penetram todo o conteúdo dessa concepção, elas constituem “*pura e simplesmente, uma análise do movimento. O movimento real, com efeito, implica essas diversas determinações: continuidade e descontinuidade; aparecimento e choque de contradições; saltos qualitativos; superação.*”(Lefebvre, 1995a)

Estas leis revelam a fonte de desenvolvimento do mundo objetivo e do pensamento humano, a orientação desse desenvolvimento, a tendência e a relação mútua entre as suas forma (evolucionária e revolucionária), isto é, abordam as questões mais gerais da teoria do desenvolvimento. Segundo Lefebvre, “*o acento pode ser colocado, alternadamente, sobre essa ou aquela lei. Em certos casos, a lei da contradição parecerá mais essencial, pois na contradição encontra-se a raiz, o fundamento de todo movimento. Mas as próprias contradições, em certo sentido, resultam de um movimento profundo, que as condiciona e as atravessa! E, nesse sentido, o acento será colocado sobre a lei da conexão, da interdependência universal. Ou, ainda, se, se estuda uma metamorfose ou uma crise, a lei dos saltos passará ao primeiro plano. Pouco importa. Os aspectos de devir são igualmente objetivos e indissoluvelmente ligados no próprio devir.*” (Lefebvre, 1995a)

As leis da dialética, assim como os seus traços e definições básicas dos conceitos, logicamente não se deduzem de um conhecimento pré-estabelecido, trata-se de teses filosóficas ou lei e conceitos das ciências concretas.

O sistema lógico da dialética materialista não pode ser interpretado sem que nele se defina o lugar das categorias (necessidade-causalidade, essência-fenômeno, universal-

singular). Quando se trata da definição das categorias, indica-se habitualmente que as categorias são termos mais gerais. Esta definição é correta e a ela é difícil fazer alguma objeção. Realmente, as categorias são formas de pensamento, e como tais devem ser incorporadas aos conceitos. As categorias, assim como outros conceitos, são um reflexo do mundo objetivo, uma generalização dos fenômenos, processo que existem independentemente da nossa consciência. As categorias são produto da atividade da matéria de certo modo organizada — o cérebro, que permite ao homem representar adequadamente a realidade. É correto, ainda, que as categorias são reduções nas quais se abrangem, em consonância com as propriedades gerais, a multiplicidade de diversos objetivos, fenômenos e processos sensorialmente perceptíveis.(Lefebvre, 1995a)

Porém, por mais corretas e importantes que sejam todas essas características, elas ainda não revelam a essência das categorias filosóficas e sua especificidade, vistas, às vezes, na grande afinidade que tais categorias apresentam em comparação com todos os outros conceitos da ciência. Essa diferença está demasiadamente indefinida, de vez que muitos conceitos fundamentais da matemática (ponto, linha, número), da física (massa, energia, etc), também apresentam um grau muito elevado de generalidade.

A diferença entre as categorias da filosofia e os conceitos fundamentais das outras ciências é determinada pela especificidade do objeto da filosofia, pela diferença entre ele e o objeto de todas as outras ciências.

No seu conjunto, as categorias do materialismo dialético refletem as leis mais gerais do desenvolvimento do mundo objetivo.

A unidade entre as leis do pensamento e as leis do ser determina a existência do conteúdo objetivo e da função lógica das categorias da dialética materialista, que é simultaneamente lógica e teoria do conhecimento.

Todas as categorias do materialismo dialético têm conteúdo objetivo, pois, de uma forma ou de outra, elas são reflexo das leis do mundo objetivo. Sem esse conteúdo objetivo elas perderiam o seu significado e deixariam de ser categorias filosóficas. Mesmo aquelas categorias da filosofia que se consideravam puramente gnosiológicas (o lógico e o histórico, o abstrato e o concreto, etc) refletem não só as leis do desenvolvimento do processo cognitivo como do próprio mundo objetivo. Tome-se, por exemplo, as categorias de concreto e abstrato. No conhecimento, o concreto é o reflexo da unidade, da integridade, de diversas propriedades e aspectos multifacetários da realidade. No conhecimento, o

abstrato reflete a independência relativa de aspectos isolados desse todo único. Sem revelar o conteúdo objetivo das chamadas categorias gnosiológicas, não se pode apreender a função que elas desempenham na criação da imagem cognitiva profunda e ampla. O mesmo se refere a outras categorias.

As categorias não separam o homem do mundo, mas o unem com este por serem objetivas a seu modo e refletirem os processos da natureza e da sociedade tais quais ele existe na realidade.

As categorias da filosofia têm importância metodológica, servem de meio de procura de novos resultados, é um método de movimento do conhecido ao desconhecido.

As categorias filosóficas têm conteúdo lógico por serem formas de pensamento; daí ser tarefa da filosofia a explicação da essência das categorias também sob o aspecto de sua forma lógica. Neste sentido o enfoque lógico-formal das categorias é insuficiente para entendermos a essência das categorias enquanto formas de pensamento. A dialética não pode se contentar com a caracterização das categorias apenas enquanto aspectos de conceitos gerais. Não se pode igualmente considerar o conteúdo das categorias apenas do ponto de vista da lei lógico-formal da relação inversa do conteúdo dos conceitos com o volume destes, porquanto as categorias são conceitos de uma generalidade. Isto criaria uma noção errônea do conteúdo dessas categorias. Por riqueza de conteúdo, deve-se entender não a quantidade de indícios, mas a aproximação da essência dos processos da natureza e da sociedade. O processo de abstração não é um esvaziamento do conteúdo do conceito, mas, ao contrário, um aprofundamento do nosso conhecimento na essência dos fenômenos. Sob a forma de categorias refletem-se as leis mais gerais e importantes do movimento dos fenômenos do mundo. O surgimento das categorias é uma prova de maturidade, de riqueza de conteúdo do pensamento humano, dos seus êxitos na interpretação do mundo exterior.

O conteúdo das categorias filosóficas enquanto *reflexo do universal* não abrangem, evidentemente, todos os indícios particulares, casuais e individuais dos objetos, pois, em caso contrário, elas deixariam de ser conceitos. O universal implica a riqueza do singular e do particular no sentido de que, apreendendo as leis, ele está refletindo, nessa ou naquela medida, todos os casos particulares de manifestação do singular. Sem compreender a dialética do *universal* e do *singular* nas categorias, como descobrir a essência e a relação destas com os conceitos de outras ciências? Nisto se baseia a dedução, conclusão do singular a partir do universal. Se o universal não implicasse, sob nenhuma forma, a riqueza do singular, a dedução não seria possível. Não é só o singular que leva ao conhecimento do

universal como o próprio universal é um degrau do conhecimento do singular, caso abranja o essencial e o necessário.

As categorias da dialética materialista não incorporam o conteúdo de todos os conceitos fundamentais das outras ciências, sendo por isto inúteis as tentativas de deduzir pura e simplesmente das categorias do materialismo dialético o conteúdo dos conceitos de ciências isoladas. Ao mesmo tempo, porém, as categorias filosóficas não são isoladas da riqueza de conteúdo dos conceitos fundamentais das outras ciências, pois, com sua ajuda, se estabelecem os conceitos fundamentais das ciências com base na análise do material concreto. E isto significa que o conteúdo das categorias filosóficas está relacionado, sob um aspecto ou outro, com o dos conceitos concretos isolados, abrange as coisas singulares e é um meio de conhecimento de toda a sua riqueza.

As leis do materialismo dialético só se manifestam em suas categorias. A filosofia apreendeu as leis mais gerais do desenvolvimento da natureza, da sociedade e do pensamento, quando elaborou as categorias por meio das quais essas leis foram descobertas. Estudar as categorias da dialética implica antes de tudo em esclarecer que leis do mundo objetivo elas refletem, e é esse conteúdo objetivo que define a importância metodológica, gnosiológica e lógica daquelas categorias. Tudo o que existe na filosofia enquanto ciência é constituída pelas categorias em suas inter-relações. A função das categorias consiste justamente em ser forma lógica do conteúdo da dialética materialista.

Assim, o autor assume que as categorias do materialismo dialético constituem o dispositivo lógico do pensamento científico teórico, que é um meio de síntese, criação de novas teorias e movimento de um conceito a outro que interpreta com mais profundidade o objeto.

O autor adotou esta sucinta reflexão como um caminho para um estudo de construção teórica de um modelo de atenção ao parto e nascimento, cuj a lógica não acolhe prescrição normativa. Para tanto uma introdução ao novo modelo poderia tomar dois caminhos. O primeiro caminho passaria pela adoção de um dos modelos de atenção já existente e derivar daí um novo modelo baseado em uma filosofia já consagrada. Tal caminho já vem sendo adotado por vários autores.(Schlenzka, 1999; Who, 1985____1996____1998c)

O segundo caminho – o escolhido pelo autor – apoiado no materialismo dialético, acolhe a possibilidade de convivência de múltiplos modelos, mas assume a necessidade de uma mudança paradigmática ao propor que o ser humano, a mulher, a família e o recém

nascido tenham a primazia da co-participação e da co-autoria. Ou seja, nega ao médico o *status* de senhor absoluto do parto e nascimento.

Isto porque acolhe a própria evolução da medicina, no que ela tem de científico, artístico e de melhor – humanos frente a humanos – e lhe oferece princípios para os seus exercentes reverem a medicina e em particular a atenção ao parto e ao nascimento e suas relações com a sociedade.

O processo de construção deste estudo passa por processos empíricos, científicos e da própria filosofia política. *Empíricos* quando olha o parto e o nascimento, sem controle de métodos, como o próprio sujeito da observação, como aluno de medicina, médico residente, homem – marido – parceiro de dois partos e do nascimento de sua própria família, de ouvinte das histórias de pais e amigos, observador de outros, leitor de dados publicados em jornais, trabalhos apresentados em Congressos de Ginecologia, dentre outros. *Científicos* consultando os estudos publicados em periódicos como New England Journal of Medicine, Lancet, Obstetric and Gynecology, British Medical Journal, dentre outros da área médica, destacando as publicações decorrentes das pesquisas de Robbie Davis-Floyd, Arnold Van Gennep, Jo Murphy-Lawless, Brigitte Jordan, Sheila Kitzinger, Bárbara Katz Rothman. *Na filosofia política* destacam-se Althusser, Lefebvre, Corbisier, R. Descartes, Morente, dentre outros referenciados ao final.

Os três elementos – empírico, científico e da filosofia política – quando articulados no processo de reflexão, permitiram ao autor deduzir que os resultados obtidos pelo modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento encontram-se muito aquém do esperado — Taxas de morbimortalidade materna e perinatal elevadas; principalmente quando os resultados obtidos pelos EUA (país dos partos hospitalares controlados por médicos especialistas e que influenciaram e continuam influenciando os países da América Latina) são comparados com os da Holanda (país dos partos domiciliares atendidos por parteiras) onde se observa a superioridade da última — estando associado a uma série de rotinas hospitalares que tornaram o processo de parir e nascer um ato médico cheio de riscos iminentes — o uso desmesurado de tecnologias de ponta na atenção ao parto e nascimento que de forma padronizada e repetitiva são impostos a maioria das mulheres que optam pelo atendimento hospitalar. Este uso desmedido denuncia a contradição existente entre o discurso, onde o parto e o nascimento aparecem como naturais e fisiológicos e uma prática que se fundamenta nos riscos iminentes destes processos.

Buscando entender a lógica do modelo dominante, inicialmente, o autor utilizou a abordagem histórica, relacionando a evolução da obstetrícia com a evolução da civilização ocidental a partir do século XVII. Pesquisou a história da obstetrícia e em particular a implementação da episiotomia¹ como uma cirurgia a ser realizada de forma rotineira. Este estudo (apesar de iluminar várias questões relacionadas à construção do modelo e à conquista da hegemonia sobre outras formas de assistir o parto e nascimento) não foi suficiente para o entendimento da razão pela qual os obstetras, apesar de contrários à evidências científicas, continuam adotando o modelo ainda vigente.

Realizando sucessivas aproximações das questões centrais o autor voltou a estudar estas rotinas baseando-se em um novo referencial teórico, a antropologia. Estudar o processo do parto e do nascimento enquanto um rito de passagem abre caminho para o entendimento da construção do modelo estudado em paralelo com a evolução cultural e científica da sociedade que foi responsável pela criação deste modelo. Abre caminho também para compreender a relação existente entre o modelo hegemônico e a sociedade contemporânea, que limita seu entendimento da ciência à camisa de força imposta pela filosofia apresentada por Descartes, Hobbes e Newton dentre outros.

Através de um referencial que respondesse as inquietações do autor foi possível avançar rumo a um novo paradigma e delinear a partir daí uma reflexão que é em si mesma uma aproximação de um novo modelo de assistência ao parto e nascimento.

Restava, entretanto, decidir sobre o modo de apresentar o novo modelo proposto. O autor poderia adotar a lógica matemática, ou seja, o próprio reencontro com o positivismo, mas já havia a decisão prévia da opção pelo materialismo histórico. A dialética materialista tem as suas leis, conforme já foi citado anteriormente, e agora o autor põe em destaque apenas uma, para melhor compreensão do leitor, embora reconheça que todas elas são relacionadas.

Na lei do desenvolvimento em espiral, é possível conceber que propor um modelo teórico novo não significa destruir o velho, dominante e sim dar a ele o devido lugar na própria historicidade da vida em sociedade. Portanto, o autor faz analogia entre o teor desta lei com o seu objeto de criação. O segundo item desta lei refere que “... *o pensamento compreende e aprofunda a vida em si próprio. E mesmo a vida — com seus carecimentos,*

¹ Corte cirurgicamente imposto ao períneo, durante o parto, com o intuito de proteger este períneo contra as lacerações e outros riscos introduzidos pelo parto.

suas atividades fisiológicas, seus órgãos como a mão — apareceu em seu posto em nossa lógica concreta. Não é a vida a base do entendimento e o ponto de inserção perpétua de nossa razão concreta na interação universal? E a vida não é a separação efetiva, bem como a unidade sempre renovada, entre o singular (o individual) e o universal, que submete mais profundamente ainda esse ser singular às leis universais?” (Lefebvre, 1995a) Por que então algo tão singular e ao mesmo tempo universal como parto e nascimento são circunscritos a uma padronização da assistência, onde se privilegia a tecnocracia?

O autor tem a expectativa de contribuir para que o terceiro item desta lei seja, de algum modo, uma possibilidade – *“No devir do pensamento e da sociedade, revela-se ainda mais visivelmente o movimento ‘em espiral’: o retorno acima do superado para dominá-lo e aprofundá-lo, para elevá-lo de nível libertando-o de seus limites de sua unilateralidade”* significando dizer que o autor se compromete no discurso e em prática, com a medicina, mas em outra dimensão, ou seja, naquela que representa o próprio devir da ética do compromisso com a humanização da assistência.

O autor elege a forma de ensaio como um modo de registrar o modelo por ele construído. Com vistas a facilitar a compreensão de sua escolha buscou os registros que transcreve a seguir.

Ensaio do francês *essai* significa secundo Ferreira (2001) estudo sobre determinado assunto, porém menos aprofundado e/ou menor que um tratado formal e acabado.

“ENSAIO é um gênero de composição literária sobre assunto específico, geralmente escrito em prosa. No entanto, o poeta inglês Alexander Poper escreveu ensaios em versos. O ensaio tem caráter sistemático e experimental – o próprio termo ensaio significa tentativa. É habitualmente menos extenso e formal do que um tratado ou uma tese. Quase sempre escrito em estilo pessoal, às vezes poético ou até mesmo coloquial, o ensaio pode abordar assuntos literários, históricos, filosóficos, religiosos ou científicos, entre vários outros.

Na Antiguidade grega e latina, alguns escritores – como os gregos Platão, Teofrasto e Plutarco, e os latinos Marco Aurélio e Sêneca – produziram obras que podem ser encaradas como ensaios. Contudo, o termo ensaio, com o sentido que atualmente tem, foi usado pela primeira vez em 1580, pelo francês Michel de Montaigne, que é considerado, com os seus Ensaaios, o criador do gênero. Os ensaios de Montaigne são curtos, subjetivos e informais.

Pouco tempo depois, em 1857, surgiam na Inglaterra os Ensaios de Francis Bacon. Ao contrário dos de Montaigne, os ensaios de Bacon são longos, objetivos e formais. Esses dois tipos de ensaios deram origem a duas grandes tendências da elaboração de ensaios. No séc. XVIII, o gênero teve seu grande impulso, com os ensaios dos franceses Voltaire e Diderot, e dos ingleses Locke, Steele e Addison. Os dois últimos estabeleceram a importância dos ensaios escritos para serem publicados em jornais.

Na França, no séc. XIX, o ensaio passou a ser, sobretudo literário, destacando-se as obras de Sainte-Beuve e Taine. O mesmo ocorreu na Inglaterra, onde, nesse período, sobressaem os ensaios de Buskin e Pater.

Na literatura brasileira do séc. XX podem ser citados como grandes ensaístas, entre outros, Augusto Meyer, Mário de Andrade e Alceu Amoroso Lima.”(Júnior;Souza;Sartor, 2002)



CAPÍTULO III: CONHECENDO O PASSADO

“O tema geral e a meta última do conhecimento histórico é uma compressão da vida humana. Na História consideramos todas as obras do homem e todas as suas ações como precipitados de uma vida e buscamos reconduzi-las a esse estado original, tratando de compreender e sentir a vida de onde brotaram” Ernest Cassirer (1945)

“Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado.” Marx (1852)

Em determinado momento de sua existência, muitos anos após o seu aparecimento na face da Terra, o homem desceu das árvores ou saiu das cavernas em que se abrigava, a fim de encontrar-se com outros seres da mesma espécie, para em grupo enfrentarem a luta pela vida.

Desde então ele amou, lutou, matou, enfrentou animais com os quais disputava os alimentos; fez guerras, construiu e destruiu cidades e países, criou e enterrou deuses; inventou máquinas; aprendeu a conhecer os segredos da natureza, dos quais se utilizou para dominá-la e dominar outros homens; penetrou na profundidade dos mares; ergueu-se como pássaro, pisou na lua. E, não satisfeito ainda, começou a invadir o espaço cósmico em busca de novos mundos.

Isto é História.

Os historiadores dividiram a História em dois períodos distintos: o que vai do aparecimento do homem na Terra, ao fim do terciário e começo do quaternário, até o neolítico: a esse período, que durou cerca de **quinhentos mil anos**, denominaram pré-história; e o que parte daí aos nossos dias, a História propriamente dita, e que não terá talvez mais de dez mil anos. É o começo das civilizações e das culturas que deixaram rastros e documentos, testemunhos de uma vida social mais ou menos organizada.

Alguns historiadores consideram a História como o estudo do homem e de seu comportamento e suas vicissitudes, através do tempo. Outros afirmam ser a ciência das sociedades humanas.

Contudo, é impossível separar o homem da sociedade, dado que o homem que conhecemos historicamente é apenas o *homem social*, o homem parte decisiva da sociedade humana, e não se poderá compreender a sociedade sem que ao mesmo tempo se compreenda o homem. O homem é resultado histórico das gerações que o precederam.

Importa, pois, deixar claro que a História se ocupa da história do homem e das sociedades humanas que ele formou através dos séculos. *“Tudo que se objetivou na cultura em seu sentido mais amplo é a presença do homem, é a obra do homem. Nesta obra se reflete a humanidade. Enquanto este espelho não for decifrado, o homem será um estranho para si mesmo. Ele se desconhecerá ainda que se defina abstratamente ou procure explicar-se no plano das ciências naturais”*.(Stein, 1972) A Historiografia seria assim o espelho da História, ou seja, a reprodução fiel e total da obra do homem sobre a Terra.

A História seria, em suma, o processo do desenvolvimento das necessidades humanas e sociais.

E não apenas isso. Pela História conhecemos o homem e suas limitações, e esse é o primeiro passo para a liberdade. Se a reflexão nos leva a pensar a História é indispensável para a conquista da liberdade. O homem só se conhece pela História, e não pela introspecção.

O mundo, assim como o homem que dele é parte, é, por sua natureza, essencialmente histórico, e sua eternidade consiste principalmente na instabilidade, na sua mutação contínua, na sua historicidade. *“Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social.”*(Minayo, M. C. D. S., 1998) A História, hoje, tornou-se um conhecimento muito mais amplo, que deseja abranger o passado do homem por inteiro em toda sua complexidade e total riqueza.

Contudo, a principal importância da História, como ciência e como filosofia, como conhecimento humano, está em que ela é a porta que nos abre o caminho para a descoberta da lógica que rege o desenvolvimento das sociedades.(Corbisier, 1986) E é somente

através do conhecimento desta lógica que o homem passará a ter consciência dos seus atos e a dominar seu próprio destino. Eis por que uma Historiografia que despreze a descoberta desta lógica, não passaria de metafísica, ou um mero exercício literário.

“Somente quando o homem se debruçar sobre seu trabalho, sua economia, sua técnica; sobre sua sociedade, seu estado, seu direito seus costumes, sua educação; sobre sua linguagem, seus mitos, sua arte, sua religião, sua ciência e sua filosofia ele se compreenderá através de sua obra.”(Stein, 1972)

Não devemos pensar que há unanimidade em torno da importância da História. Muitos autores negam-lhe qualquer autenticidade, outros até ousam declarar o fim da História. Porém, ao penetrarmos nos objetivos da História, na sua essência mesma: conhecer o homem, desenvolver-se em função do homem, ser útil ao homem. Há, assim, um sentido pragmático na História, mas somente enquanto busca os fatos do passado para conhecer o presente e o futuro. “As hipóteses que assaltam o homem, diante de seu futuro, só se definem na medida em que o homem se debruça sobre suas raízes que o prendem ao passado, e ainda agem no presente, para então antecipar o futuro.”(Stein, 1972) Para a compreensão do presente e do futuro é preciso desencavar as raízes presas no passado, que nos condicionam e nos limitam e de onde é possível tirar o libertar nossas possibilidades. Poder-se-ia, assim, dizer que, atingindo o futuro através do passado, a História se constitui na ciência do futuro.

“Toda a sucessão de homens, que existiram no curso de tantos séculos, deve ser considerada como a História de um mesmo homem, que sempre subsiste e jamais deixou de aprender” Pascal

“Através da consciência histórica o homem deve, portanto, adquirir uma tal situação hermenêutica que, de um lado, lhe permita penetrar na tradição compreendendo-a sem preconceitos que resultam da sua imersão em dado momento da tradição e, de outro lado, lhe permita reformular continuamente os horizontes que projeta para o futuro, através da compreensão dos limites de sua situação concreta que avança e muda com a história que sobre nós age em cada momento concreto da história. Na medida em que tomamos consciência da ação da história, somos objetivos em relação ao passado para julgá-lo sem preconceitos. Nesta mesma medida tornamos lúcida nossa opção diante dos projetos futuros, dissolvendo os horizontes quando compreendidos como ilusão fruto de

preconceitos. Mas na medida em que penetramos com lucidez na tradição, libertamos dela possibilidades para nosso projeto histórico no futuro.”(Stein, 1972)

Diante destas afirmações todas as previsões, todos os absolutos, todos os determinismos inventados para dominar o acontecer do futuro da história humana são impotentes. “O único caminho é a consciência histórica, como passado, e dele liberta as possibilidades do futuro, como projeto, que deve continuamente ser refeito, na medida em que a história evolui.”(Stein, 1972) Isto significa ter consciência da precariedade dos horizontes humanos projetados em função de perspectivas futuras. “Consciência histórica é sempre certeza da relatividade das rupturas e da problematização das instituições.” (Stein, 1972)

A **natureza** da História é essencialmente universal e total e, com isso, quero dizer que, ao contrário dos demais ramos do conhecimento, ela abrange todas as manifestações da atividade humana e não apenas os fatos considerados históricos. Dentro da História deve caber a literatura, a Filosofia e a própria Historiografia, que são todas, um produto histórico, criações do homem através dos séculos, suas conquistas em todos os terrenos. Elas nos revelam a evolução das culturas e das civilizações, seus entrechoques e interpretações, as influências que exerceram em determinado momento sobre os rumos da História.

Sua universalidade está em que toda História (seja a de um pequeno povo ou de uma grande nação) deve ser considerada como parte da História universal.

O **objeto** da Historiografia, a matéria que ela estuda, é em última análise a humanidade, o homem em todas as suas manifestações e conquistas através da História. E, corolariamente, as sociedades humanas, no seu processo de desenvolvimento. É, assim, a Historiografia, em seu aspecto historiológico, uma ontologia¹ mais profunda, pois estuda não só o homem, mas o meio em que se forma, o mundo que o faz e sobre o qual atua.

Os **objetivos** da História, na sua essência mesma: conhecer o homem, desdobrar-se, desenvolver-se em função do homem, ser útil ao homem. O valor da História consiste em nos mostrar o que o homem fez e, nesse sentido, o que é o homem. Mas, na História não se procura conhecer o homem só pelo prazer de conhecê-lo. Conhecer o homem é conhecer a

¹ Parte da filosofia que trata do ser enquanto ser, i. e., do ser concebido como tendo uma natureza comum que é inerente a todos e a cada um dos seres.FERREIRA, AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA. **Novo Aurélio - Século XXI**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.

razão humana, a essência da razão humana, o que o move através da História. O que é a própria essência da Historiografia e da Filosofia da História. A essência da Historiografia consiste, pois, em conhecer, através da História, do comportamento humano, através de suas ações e reações no mundo em que se agita, a essência da vida humana.

A História não procura julgar, mas compreender. Não deve importar ao historiador julgar os homens, mas compreendê-los. Não seria possível julgá-los desde que o historiador, deslocado no tempo e no espaço, não está capacitado para fazê-lo, mas pode compreendê-los, se compreender as razões que os moveram. Não julgar, mas compreender, colocar-se dentro do juízo dos contemporâneos, dos acontecimentos, e não dentro do seu próprio juízo de historiador. A este cabe apenas desentranhar e recompor os fatos, buscar suas causas e suas conseqüências. Objetivo: penetrar na essência da História como parte do conhecimento geral e total do universo. Todo juízo é histórico, e os historiadores parecem haver concordado como essa sentença. Por isso mesmo o historiador não se deve arrepiar com os morticínios, os assassinatos em massa, as traições que enchem os capítulos da História. Julgar é transformar a História em ética. O homem social, o único que conhecemos e de que nos ocupamos, é um ser eminentemente histórico e assim é o seu próprio julgamento. Isso não significa que o historiador se deva colocar numa esfera superior, fora do alcance das contingências espaciais e temporais, para conhecer e penetrar na profundidade dos fatos e atos humanos. Para consegui-lo, reduzindo ao mínimo as influências que possam pressionar o seu julgamento, quando tiver de fazê-lo, deve usar um método de análise histórica. Esse método é a chave do mistério que lhe permitirá penetrar na essência da História e transformá-la em um conhecimento útil à libertação do homem.

Ao encetar a busca de um método, enfrentamos de início um problema capital: é a História uma ciência, uma filosofia ou, como querem alguns, uma arte?

A idéia de que a História seja uma arte deve ser desde logo afastada. Supor que a História seja simplesmente uma arte — a arte de contar histórias — só pode ser atribuída a preconceitos ou contingências de natureza política: o pavor de olhar o que há por detrás dos fatos. Recentemente não decretaram o seu fim?

Mas o problema ou dilema — ciência ou filosofia — igualmente não se justifica. Como todos os objetos de estudo do homem, a História pode ser observada e estudada sob os dois aspectos; o científico e o filosófico, cada um encarando a História de uma perspectiva própria, mas nunca se opondo uma a outra. Ao contrário, complementam-se.

De um lado, pode-se afirmar que a História é uma ciência, como a Física ou a Química. O que dá caráter científico a um determinado conhecimento não é tanto o objeto do estudo, mas o método empregado.

Sabemos que a ciência, sobretudo a partir da Física Quântica superou todos os argumentos fundamentalmente idealistas, que visavam antes de tudo negar valor à ciência. Querer, por outro lado, impor à ciência uma exatidão que não existe nem mesmo na Física, é reduzir, em muito, todo o seu potencial.

É certo, porém, que a ciência tem um método de pesquisa e esse método é que nos revelará, ou nos levará, tão próximo quanto possível, à realidade do que foi, na medida em que essa realidade nos for necessária. E, por fim, não nos esqueçamos de que a Psicologia, à qual ninguém negará seu caráter de ciência, é no máximo tão exata quanto a História.

O que há de particular no estudo da História é que se diferencia essencialmente das outras ciências, sobretudo em dois aspectos: a ciência, em geral, estuda **o que é** tem o objeto de seu estudo à sua frente, é atuante, observa o processo em curso. A História, ao contrário, é a ciência do **único**, do **insólito**, a ciência do que **não se repete** (Corbisier, 1986). Pois, como nos disse Marx, no 18 Brumário de Luís Bonaparte, “*os grandes acontecimentos e os personagens históricos se repetem duas vezes... a primeira como tragédia, a segunda como farsa*”. O outro aspecto particular da ciência histórica seria a ausência ou a impossibilidade da experimentação.

Mas ao espírito inquisidor do homem, que busca sempre o humano em cada manifestação da natureza, e deseja ver em cada fato a essência das coisas, a simples pesquisa não satisfaz. É preciso ir para além dos fatos, e das aparências, neles penetrar, romper sua exterioridade, procurar conexões não apenas dos fatos entre si, mas entre eles e o conjunto do universo. Esse é o papel da filosofia da História.

A própria ciência não se pode restringir à acumulação de fatos brutos e crus. E ao próprio cientista da História é necessário que reflexione sobre a matéria bruta que tem em mãos, como o garimpeiro diante de um cascalho: dentro dele deve haver uma pepita de ouro. A ciência histórica exige do cientista uma alta dose de imaginação e de espírito filosófico para compreender ou pelo menos perceber a transcendência dos fatos (Corbisier, 1986). A filosofia da História trabalha fundamentalmente, como os materiais que lhe são fornecidos pela pesquisa histórica. Discutir sobre qual a tarefa mais importante, se a ciência, isto é, a pesquisa, ou se a filosofia, não tem razão de ser. Se a História devesse

limitar a simples pesquisa e exposição dos seus resultados, como uma acumulação de fatos isolados, ela se transformaria em simples catálogo. Uma História que, ao contrário, se limitasse a especular sobre o passado desprezando os dados fornecidos pelo pesquisador, pelo cientista de História, não passaria de um livro de contos, de fantasias inconseqüentes.

“Nenhum historiador poderia pretender fazer história, ou, em outras palavras, o projeto de fazer história não teria sentido algum, se aqueles que se dispusessem a fazê-la não admitissem, como pressuposto, que a história possa ser objeto de ciência, isto é, contenha uma racionalidade própria.” (Corbisier, 1986)

“Se não houvesse na história uma razão, ou se preferirem, uma legalidade imanente, em primeiro lugar não haveria história e, em segundo, como dissemos, nem ciência nem filosofia da história.” (Corbisier, 1986)

O pensamento hegemônico no ocidente, ao tentar transpor as ciências exatas para o cotidiano, obstinou-se em conquistar a precisão, isto é, impor ao mundo um sistema de medidas traduzidas por grandezas e números e em encerrar a totalidade do mundo, em todos os seus aspectos, no interior desta rede de medidas que o matemático chamaria “dimensões”.(Moles;Rohmen, 1990)

No entanto *“viver é se confrontar com coisas vagas. O mundo não é um laboratório onde os fenômenos são depurados, isolados, controlados, ao bel prazer e à vontade do experimentador que brinca com eles, para descobrir uma verdade transcendente, incontestável, pois depurada sob a forma de correlações fortes entre variáveis evidentes”*.(Moles;Rohmen, 1990) A ciência, tal como nos querem fazer acreditar.

“A ingenuidade diante da história, como acontecer concreto, desaparece na medida em que assumimos lucidamente a ação da história, como um elemento decisivo que nos limita e nos obriga a assumir a nossa finitude diante da compreensão da história.”(Stein, 1972) Para saber nossa situação na história é preciso, fundamentalmente tomarmos consciência da ação da história sobre nós. Essa ação da história limita a objetividade total e impede um juízo neutro a cada momento.

“Nossos projetos na história somente são realistas na medida em que os reconhecemos precários. Na medida em que penetramos na tradição, através desta compreensão finita, recuperamos nossa humildade diante da história, porque somente ela

tem a consciência da precariedade de cada momento e a reversibilidade de nossos juízos sobre o acontecer histórico. Às vezes a ruptura é exigida por nossos projetos, mas, mesmo assim, eles também sofrem a carga da ação da história, como tradição. É por isso que nossos projetos são possibilidades e, como tais, limitados.”(Stein, 1972)

História da Obstetrícia

“... quem deseje estudar corretamente a ciência da medicina deverá proceder da seguinte maneira. Primeiro, deverá considerar que efeitos pode produzir cada estação do ano, uma vez que as estações não são todas iguais, pois diferem amplamente tanto em si mesmas como em suas mudanças. O ponto seguinte se refere aos ventos cálidos e aos frios, especialmente os universais, mas também àqueles que são peculiar a cada região em particular. Deverá também considerar as propriedades das águas, pois tal com estas diferem em sabor e peso, também as propriedades de cada uma diferem grandemente das de qualquer outra.” Hipócrates

Três premissas:

1. O parto e nascimento são considerados como fenômenos naturais e fisiológicos, assim como eventos sociais, e estas dimensões estão intimamente conectadas, e não separadas como são historicamente abordadas na sociedade ocidental; Isto significa que a Obstetrícia deve ser avaliada em seu próprio campo de conhecimento, e situada em seu contexto social.
2. Busca-se, neste estudo histórico, a explicação dos fatos e não o seu julgamento.
3. As mulheres não serão consideradas como vítimas passivas de um modelo de atenção ao parto, mas agentes ativos que fizeram sua própria história.

A doença, dizem, é tão velha quanto o Homem, mas a reprodução é tão velha quanto a vida; e apesar de sabermos que os dinossauros sofriam de dor de dente, o Homem de Java apresentava osteoma de fêmur, os nossos ancestrais da era Neolítica sofriam de doença de

Pott (Grasby, 1967), pouco se sabe sobre o modelo de atenção ao parto de nossos ancestrais.

A medicina “primitiva” foi muito influenciada pela magia, e se restringia basicamente aos cuidados dos sintomas. Mesmo a medicina Hipocrática, enquanto se destacava em detalhar os sintomas das doenças, pouco tinha a oferecer em termos de tratamento, o qual muito sabiamente foi deixado sob a responsabilidade da sábia natureza.

A história da medicina e cirurgia, dentro de um ponto de vista social tem recebido pouca atenção por parte dos historiadores, que se preocupam muito mais com a história “científica” baseada em marcos, como por exemplo, o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas ou a bibliografia de grandes médicos. Para explicar esta negligência é preciso pontuar o fato de que a grande maioria dos historiadores, com raras exceções, relegam a história da medicina a um plano periférico aos seus interesses (i.e. a história “real”) ou além de sua competência, ou ambos. Em contrapartida os estudiosos da história da medicina, que usualmente são oriundos deste campo do conhecimento, e possuem pouco ou nenhum treinamento em história, concentram-se na história interna da medicina, não fazem o vínculo com o social. Os aspectos sociais da história da medicina e cirurgia são abordados de forma superficial pelos historiadores médicos e totalmente ignoradas pelos historiadores sociais. (Gelfand, 1974) *“É característico destas análises, por exemplo, que elas foquem as partes, supostamente com o propósito de levar adiante a compreensão do todo, i.e. eles estudam os componentes da sociedade antes de estudar a própria sociedade. De fato, é assumido que após o olhar frio, analítico das partes, seja possível desenvolver um modelo teórico desta sociedade. (...) E esta abordagem tem sido particularmente desenvolvida na análise da medicina.”* (Navarro, 1976b) Embora esforços tenham sido feitos no sentido de melhorar esta situação, é necessário reconhecer que nosso conhecimento neste campo do saber ainda é embrionário e permeado de informações contraditórias muitas vezes baseadas em contos mais do que em documentos.

No que diz respeito ao parto e nascimento a abordagem histórica nos permite entender as origens de profissões, que apesar de terem os mesmos objetivos, desenvolveu-se de forma tão distinta. Uma focando na patologia e de forma contínua aumentando a proporção de gestações de alto-risco, A outra focada no fisiológico, no potencial de saúde de cada gravidez em particular, esforçando-se para proteger a normalidade e expandindo a proporção de mulheres consideradas normais. (Rooks, 1997b)

“Em princípio, a mulher pariu isoladamente, sem o mínimo de atenção e cuidados. A gravidez e a capacidade reprodutora feminina não eram fenômenos de interesse da coletividade. A historicidade da assistência ao parto tem início à partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliam, e iniciam um processo de acumulação do saber sobre a parturição.”(Melo, 1983)

No segundo livro do Pentateuco, o Êxodos, encontramos uma passagem que conta a história das parteiras hebréias que desobedeceram as ordens do faraó que consistia em matar todos os bebês nascidos de mulheres hebréias. Quando trazidas diante do faraó para explicar sua desobediência, estas mulheres reportaram que “*mulheres dos hebreus não são como as egípcias; são cheias de vida; antes de a parteira chegar, já deram à luz!*” (Êxodos,1-15-20)(**Bíblia Sagrada**, 1977) As parteiras não foram punidas, o que sugere o grande respeito que gozavam estas mulheres, mesmo frente ao rei.

Desde os períodos mais remotos a ocorrência do parto em seres humanos sempre evocou sentimentos de simpatia e apreensão. E das injunções de tais simpatias e apreensões surgem os primeiros esforços na arte de partejar (Towsend, 1952).

Na Antigüidade, onde os homens viviam de acordo com seus instintos naturais, as mulheres ajudavam uma as outras nos serviços que o parto requeria. Nesta época a sociedade recebia bem os nascituros, mas não dava a menor importância ao ato de parir. Mais tarde, e isto representou um grande avanço, o homem não abandonava sua mulher durante o trabalho de parto, mas permanecia ao seu lado ajudando-a; um desenrolar interessante deste período foi a prática da “*couvade*”². Na próxima etapa de desenvolvimento cultural o marido não mais participava ativamente do processo, mas mantinha-se presente, observando. E, finalmente, o homem foi completamente excluído — o parto passa a ser um processo exclusivamente feminino. Nesta época, uma mulher que a comunidade considerasse como mais experiente nesta matéria era reconhecida como parteira.

Melo (1983), vê neste processo uma “profunda correlação entre a historicidade social da mulher, as relações econômico-culturais, o exercício da medicina e o momento de atenção ao parto.”(Melo, 1983)

² Costume segundo o qual o pai, depois do parto de sua mulher, é obrigado a deitar-se dias inteiros, não fazer trabalho pesado e abster-se de muitos alimentos importantes. FERREIRA,

O processo do parto e do nascimento sempre foi alvo de muita curiosidade, os procedimentos mais óbvios e simples eram realizados no intuito de ajudar as parturientes. O parto fisiológico ocorria normal e espontaneamente, o patológico era considerado uma “coisa do diabo”.(Towsend, 1952)

As antigas civilizações (egípcios, persas, hindus, hebreus, gregos e romanos) desenvolveram uma prática médica muito vinculada aos desígnios divinos. Surgiram, assim cultos aos mais variados deuses, invocados no auxílio do parto e aos aspectos relacionados à pré e pós-concepção.

O questionamento da causalidade divina dos fenômenos foi uma das grandes batalhas empreendidas pela escola médica hipocrática, que sem adentrar propriamente no terreno da negação das divindades existentes, reservou à ciência o espaço que lhe competia enquanto método e técnica de compreensão. “...*quien desee estudiar correctamente la ciencia de la medicina deberá proceder de la siguiente manera. Primero, deberá considerar que efectos puede producir cada estación del año, puesto que las estaciones no son todas iguales, sino que difieren ampliamente tanto en si mismas como en sus cambios...*”.(Hipócrates, 1948)

Este método que revolucionou os rudimentos da clínica e da medicina interna, não trouxe, no entanto, grandes progressos para a prática da assistência aos partos.(Melo, 1983)

Ainda segundo Melo (1983) a história da mulher grega, em particular da mulher ateniense, se passou principalmente no lar, nos aposentos onde ficava confinada: o *gineceu*³. Durante toda a sua existência era considerada *menor* e, como tal, não tinha o direito público, necessitando de um tutor para exercer atos jurídicos. O hábito dos homens ao redor dos trinta anos casar-se com adolescentes reforçava a dominância masculina no casamento. A principal função da esposa era a de prover descendentes do sexo masculino. Muitas crianças do sexo feminino eram, simplesmente, deixadas à morte, decisão esta, sempre tomada pelo pai. A castidade pré-marital e marital era atributo feminino, mas os homens eram estimulados a satisfazer seus desejos sexuais com mulheres de classe mais baixa, escravas ou outros homens jovens.(Lerner, 1986) Prado (1979) acrescentava que a principal obrigação da esposa grega era a clausura: sair de casa sem o consentimento do

AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 1 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 1499 p.

³ [Do gr. gynaikeion, pelo lat. ginaeceu.] S. m. Ant. Parte da habitação grega destinada às mulheres.

marido era um delito quase tão grave quanto o adultério.(Prado, 1979) Logo, as mulheres “respeitáveis” passavam a maior parte do tempo dentro de suas casas, enquanto que os homens não. A exceção a esta regra era a participação das mulheres em festivais religiosos, cultos, casamentos e funerais.(Lerner, 1986).

Numa sociedade com tal supremacia masculina, que cultuou sobremaneira o corpo e a guerra, a prática médica hipocrática necessitou entender das luxações, fraturas, ferimentos, rudimentos de cirurgia militar e seguramente, de dietética. O conhecimento e o saber empíricos sobre o parto e o nascimento permaneceram com as parteiras, que, nesta época, mantinham uma estreita relação com os médicos e filósofos.(Melo, 1983)

Embora o ofício de parteira seja conhecido desde a Antigüidade — Phænarate, mãe de Sócrates era parteira — pouco se escreveu sobre a prática destas mulheres. A assistência aos partos permaneceu à margem da prática médica e não se estabeleceu um processo metodológico de acumulação de conhecimento a partir do saber empírico dessas mulheres.

O primeiro programa formal de treinamento de parteiras que se tem registro foi iniciado por Hipócrates no século V A.C. Os atenienses reconheciam dois tipos de parteiras — a parteira tradicional, encarregada do acompanhamento de grávidas saudáveis, e os *iatpouai*, “médico-parteira”, que estariam habilitados a lidar com as complicações.(Roush, R.E., 1979) No entanto a profissão de parteira não se equiparou à medicina e cirurgia gregas, às mulheres não era facultado o ingresso nas escolas médicas.

“A prática médica exercida na Grécia refletiu não somente a situação de inferioridade social da mulher, mas, fundamentalmente, a demanda médica da elite no poder.”(Melo, 1983) E, a despeito dos esforços de Hipócrates, a educação das parteiras foi interrompida e assim ficou por alguns séculos.

No século II AC uma parteira grega de nome Agnodike, disfarçou-se de homem para conseguir ingressar na escola médica conduzida por Hierophilus, no Egito. De volta a Atenas ela obteve o reconhecimento como um bom obstetra, mas foi conduzida a julgamento quando o seu sexo foi descoberto. Sua absolvição foi baseada no testemunho de mulheres atenienses. Baseado no trabalho desta mulher Hierophilus escreveu o que é considerado o primeiro livro de anatomia dirigido às parteiras.(Withers, 1979)

O grego Sorano, de Éfeso (98 DC – 138 DC) seguidor da Escola de Alexandria exerceu a obstetrícia em Roma. Defensor da teoria metodista que explicava tudo pela

constricção e relaxamento dos poros (*status laxus, strictus et mixtus*), considerado por alguns como o maior parteiro da Antiguidade, escreveu um tratado para as parteiras, posteriormente traduzido, na forma de perguntas e respostas para o Latim por Mósquio sob o título: “*De Mulierum Passionibus*”(Rezende, J., 1962) e, por 14 séculos este livro permaneceu como a única fonte de referência na profissão.(Grasby, 1967) Numa sociedade em que o poder era exercido por patrícios⁴ e plebeus⁵, aqueles por sua história, estes pelo seu poder econômico, os costumes se miscigenaram. Foi nesta sociedade que Sorano pode fazer uma descrição clara do útero e seus anexos; devemos lembrar que anteriormente a esta descrição o útero era considerado um animal.(Towsend, 1952) Ele anatomicamente definiu a posição do feto no abdome materno. Ensinou às parteiras o exame vaginal, foi o primeiro a descrever a versão podálica e os sinais e sintomas do trabalho de parto, assim como descreveu a rotina da atenção ao parto normal e definiu as causas dos partos complicados. Para isto elaborou um método de propedêutica clínica bastante avançado para a época, fez uso da inspeção, palpação, percussão, toque vaginal e dissecação humana.

O trabalho de Sorano trouxe à parturiente de sua época, mais carinho e delicadeza, acompanhado de sabedoria e atenção apropriada do que qualquer outro. Desaconselhou o uso precipitado de medicamentos para acelerar o parto, o uso da força bruta para extração do bebê em trabalho de parto demorado.(Towsend, 1952)

Porém, apesar de Sorano declarar que as parteiras deveriam ser instruídas, letradas, para poder compreender a arte através da teoria, as mulheres eram proibidas de assistir as aulas de anatomia, fisiologia e medicina.(Rooks, 1997a)

Sob o regime patriarcal, a sociedade ateniense não apenas discriminou a mulher, mas, a enclausurou (gineceu). A legislação romana também confirmou o domínio patriarcal. Havia, contudo, algumas diferenças significativas onde a mulher romana, apesar de também não ter direito público, gozava de prestígio social: a mulher era mãe, educadora e conselheira.

⁴ [Do lat. patriciu.] Adj. Relativo à classe dos nobres, entre os romanos. S. m. Indivíduo da classe dos nobres, na antiga Roma.

⁵ [Do lat. plebeiu.] Adj. Pertencente ou relativo à, ou próprio da plebe; plebéico. S. m. Homem da plebe.

A mulher romana, apesar de submetida ao *pater familias*, deteve uma maior liberdade social, o que lhe possibilitou recorrer não somente às parteiras, mas também aos médicos. Num período em que a presença masculina não era cogitada para dar solução aos problemas femininos, a exceção dos casos extremos, isto só se tornou possível porque na sociedade romana os padrões morais, hábitos e costumes e a cultura divergiam bastante de outros povos no mesmo período.

Mas Sorano foi ofuscado durante muito tempo, e o seu trabalho só veio a ser resgatado em meados do século XVII. Tal fato deve-se dentre outros aspectos ao papel que teve Galeno.

Galeno, nascido na Ásia Menor no ano de 130 d.C., oito anos antes da morte de Sorano, estudou medicina em Alexandria, tendo sido convertido no médico de imperadores, dentre eles Marco Aurélio. Ao morrer deixou um acervo de aproximadamente 400 trabalhos. Não escreveu nenhum especificamente sobre Obstetrícia, mas advogou a versão cefálica com extração por mutilação em partos complicados. Seu conhecimento sobre anatomia feminina era incorreto, pois nunca dissecou uma mulher, considerando, assim, o útero como um órgão duplo.

O trabalho de Galeno era considerado na época como o mais atualizado e completo por seus pares. Em 328 o centro de interesse migrara de Roma para Bizâncio que passa a se chamar Constantinopla e assumir o catolicismo como religião oficial. Nesta época o gênio de Hipócrates era esquecido, os trabalhos de Sorano, seguidor de Hipócrates posto de lado e Galeno, adotado pela Igreja teve o seu trabalho valorizado a ponto de ser considerado, simplesmente, sacrossanto. (Towsend, 1952)

Como parte integrante da função reprodutora feminina, do ciclo vital da mulher, o parto e o nascimento, tem sido, até tempos recentes, considerado como evidentemente feminino. O parto foi, e continua sendo uma experiência extrema, envolvendo dor, trabalho árduo, e a possibilidade de morte, tanto materna quanto do bebê. Desde sempre, as mulheres em trabalho de parto têm sido ajudadas por outras mulheres — quer venham do seu ambiente mais próximo (parentes, vizinhas ou amigas), quer sejam reconhecidas pela sua experiência ou competência (parteiras escolhidas ou eleitas pela comunidade, que transmitiam oralmente o seu saber, de geração em geração, às vezes de mãe para filha). (Rooks, 1997a)

Embora algumas parteiras desempenhem sua função junto às mulheres de sua própria família e sua comunidade, esta função tornou-se, para algumas, fonte de subsistência. Para a maioria uma função complementar aos afazeres domésticos. A profissão de parteira, comprovada entre os Hebreus e à qual se refere diversas vezes o Antigo Testamento, é seguramente um dos mais velhos ofícios do mundo.

Os homens são em geral excluídos do parto, ficando ausentes os maridos, como indesejáveis ou rejeitados, por questões religiosas ou de costumes e por não terem nenhuma habilidade especial.(Rooks, 1997b)

Certamente, no campo, o homem que sabia assistir às cabras, ovelhas, vacas e éguas, intervinha no momento do nascimento, recebendo em suas mãos a criança que sua mulher trazia ao mundo. Mas na cidade, artesãos, comerciantes e escrivãos, não sabiam o que se deveria fazer neste momento, e as parteiras, nomeadas pelo cura ou designadas pela assembléia de mulheres, ocupavam-se das parturientes e dos recém-nascidos. Em nome do saber emergente, o parteiro tomou o lugar da parteira, enquanto representante da sociedade, introduzindo seu olhar na intimidade do casal, testemunhando o que havia visto, declarando o sexo da criança. Esta introdução do médico no quarto da parturiente, no lugar da parteira, não foi diretamente responsável pelo afastamento do pai do local onde se desenvolva o parto, mas a medicalização instrumental e os imperativos do discurso científico progressivamente instalados, cada vez mais desumanizantes, tiveram por efeito eliminar a presença do pai — genitor tornado estorvo. A imagem moderna do pai a fumar nervosamente num salão, numa antecâmara ou na sala de espera da clínica revela a perturbação, a consciência de inutilidade, de impotência, do homem em tal circunstância. A figura do pai transformada em mero reprodutor.(This, 1987)

Não obstante a quase totalidade dos tratados de obstetrícia ter sido escrita por homens, só recentemente a presença dos médicos deixou de ser temida. Quando surgiam complicações maternas ou quando a criança se apresentava de maneira anormal é que se recorria aos médicos, mas isso era um recurso extremo, derradeiro, era um sinal de desespero.

Até o desenvolvimento de programas de treinamento e escolas, que iniciaram em diversas épocas e em diversos lugares, a maioria das parteiras aprenderam seu ofício observando e ajudando suas vizinhas ou assistindo o trabalho de outra parteira, elas aprendiam por tentativa e erro, ganhando experiência a cada parto, gradualmente desenvolvendo métodos efetivos de suporte à estas mulheres, facilitando, desta forma, o

parto.(Rooks, 1997a) É evidente que, ao longo dos tempos, até um passado recente, nenhuma competência especial, em matéria de medicina, era exigida para o exercício da profissão de parteira. Exigia-se, naturalmente, que esta fosse irrepreensível no plano dos costumes. Tratava-se freqüentemente de uma mulher com experiência, isto é, com uma certa idade e mãe de numerosos filhos(Rooks, 1997a) — pois era preciso que ela tivesse conhecido, “na própria carne”, as dores do parto. Em muitos casos era viúva, podendo, assim, estar disponível; era robusta, gozava de excelente saúde, para poder deslocar-se pelas estradas independente das condições climáticas, tanto de noite como de dia, sendo ainda capaz de suportar as noites de espera. Devia ostentar um mínimo de higiene, ter unhas aparadas e não ter anéis nos dedos enquanto trabalhava. Mantinha o sangue-frio em todas as circunstâncias, inspirava confiança — era conhecida de todos pela sua reputação — e sabia usar as palavras adequadas para consolar e reconfortar.(Barbaut, 1990)

A partir desta lógica, invocou-se que a mulher, ao ser ajudada no parto por um homem, poderia perder cinco virtudes — o pudor, a pureza, a fidelidade ao casamento, o bom exemplo e o espírito de sacrifício — na medida em que o cirurgião parteiro poderia aproveitar-se de sua condição para se entregar a manipulações que incitavam à luxúria, considerou-se, até ao fim do século XVIII, completamente desonesto, indecente e desprezível que uma mulher se entregasse às mãos de um parteiro. Tal noção de moralidade e tais preceitos estavam tão fortemente ancorados na mentalidade, que inúmeras mulheres, vítimas de distocia, preferiam morrer de parto a terem de chamar um médico e a deixar-se examinar por ele.(Barbaut, 1990)

Na maioria das culturas, o homem, inicialmente os shamans, seguidos pelos padres, ou rabinos, os barbeiro-cirurgião e finalmente os médicos, eram chamados apenas para lidar com situações inusitadas, complicadas e perigosas.(Rooks, 1997a) Como resultado desta forma de pensamento, as parteiras e os cirurgiões tinham experiências radicalmente diferentes com o nascimento. Durante suas carreiras, as parteiras presenciavam centenas de partos bem sucedidos, enquanto os médicos só viam as complicações mais sérias que resultavam, na maioria das vezes na morte do bebê ou da mãe e quase sempre de ambos.

Por outro lado, diferentemente do médico com a concepção hipocrática que praticava simultaneamente a medicina interna e a cirurgia, o médico medieval pouco a pouco viu cindido seu ofício. De um lado os físicos, doutos senhores, formados em escolástica e estudiosos da astrologia, lógica e latim. A partir desses conhecimentos adquiriam toda a base conceitual para o exercício de sua prática, essencialmente retórica. Por sua vez, os

barbeiros-cirurgiões, cujo conhecimento e saber provinham essencialmente da prática cotidiana do tratamento de lesões externas, se estratificaram em várias categorias: médicos-cirurgiões, cirurgiões-barbeiros e operadores ambulantes (litotomistas e herniotomistas).

O físico, à semelhança da nobreza e da aristocracia feudal e eclesiástica, abominava o trabalho manual, desprezando enfaticamente a prática cirúrgica, sangrenta e degradante. O Concílio de Tours, em 1163, ratificava o total descrédito da Igreja na prática cirúrgica: o famoso edito do Concílio, *Elesia abhorret a sanguine* (O sangue repugna a igreja), denota a clara intenção de colocar em situação inferior todos aqueles profissionais que lidam com as práticas manuais da medicina.

A ciência medieval, dogmática e escolástica, suprimiu toda experimentação e especulação. O exercício da prática médica se ateve às palavras, à retórica, equivocando-se na pregação simbólica de causação das enfermidades. A tocologia árabe olvidou a versão interna, retomando a prática das embriotomias nos partos laboriosos. O controle do exercício da prática médica do ponto de vista político-jurídico e profissional, ficava a cargo da estrutura corporativa que obedecia a uma hierarquia de poder claramente estabelecida: as instituições eclesiásticas dominavam as faculdades médicas que, por sua vez, se sobrepunham às guildas⁶ cirúrgicas, associadas aos cirurgiões.(Melo, 1983)

A medicina tornou-se uma profissão intimamente ligada ao contexto das universidades, que foram fundadas em torno dos séculos XII e XIII. A admissão era controlada pela igreja e limitada aos homens das classes altas.(McCool;McCool, 1989) Formavam apenas médicos internistas (físicos), leigos ou clérigos e o bispo era a autoridade máxima. A história das instituições universitárias se confunde com a própria história das instituições eclesiásticas neste período.(Melo, 1983) Em torno do final da idade média, a medicina inicia o desenvolvimento de seu próprio corpo de conhecimentos, que é preservado em Latim, logo inacessível mesmo às parteiras com alguma cultura, e estas faculdades de medicina começaram a regular a profissão.(Roush, R E, 1979) Devido ao fato de que a gravidez e o parto não serem considerados doença estes assuntos não eram rotineiramente incluídos nos currículos médicos. Logicamente os médicos, que basearam sua formação nestas faculdades, não dispunham de conhecimentos sobre estes fenômenos. Os médicos evitavam o contato com as parteiras por pertencerem, estas, às classes sociais

⁶ Associação de auxílio mútuo constituída na Idade Média entre as corporações de operários, artesãos, negociantes ou artistas.FERREIRA. **Novo Aurélio - Século XXI**.

mais baixas, e as parteiras, por sua vez, reservavam as enfermarias dos hospitais para os procedimentos médicos, nunca levando uma parturiente normal para este ambiente.(Roush, R E, 1979) Desta forma, o conhecimento médico sobre a gestação e o parto era teórico e moldado pela religião. O conhecimento das parteiras, por outro lado, era mais acurado, mas elas não possuíam nenhuma forma sistemática para acumular estas experiências e conhecimentos individuais e conseqüentemente transmiti-los.(Rooks, 1997a)

A primeira lei surgida na Europa que regulamenta a profissão de parteira surgiu em Regensburg, Alemanha, em 1452. Ela define a parteira como uma profissão de direitos iguais a qualquer outro artesão que adote códigos profissionais. Este código de honra ou lei adotado em Regensburg foi modificado e adotado rapidamente em outras cidades. Em 1480 o estado de Württemberg inclui instruções sobre como a parteira poderia realizar a operação cesariana em mulheres vivas. Antes desta regulamentação a cesárea só era realizada em mulheres mortas. Registros históricos indicam a sobrevivência de muitas mulheres e crianças submetidas por parteiras à operação cesariana.(Scheuermann, 1995)

Em 1513 Rosslin publicou um livro voltado às parteiras escrito em Alemão vernacular, uma linguagem que uma grande parte das parteiras que atuavam na Europa Central poderia entender, o que aumentou muito sua importância. Foi traduzido para o inglês, sob o título: “*The Byrth of Mankynde*”, e tornou-se um *best-seller* por mais de cem anos(Rooks, 1997a) Apesar destes esforços não houve desenvolvimento da profissão de parteira durante a idade média.

A parteira, que ocupava o centro de uma rede de solidariedade e desempenhava um papel essencial no seio de uma aldeia, muito depressa despertou o interesse da Igreja Católica.(Seacome, 1985) Esta, na sua permanente vontade de dominar e atuar sobre as consciências, desconfiando destas mulheres que tinham o privilégio de penetrar em todos os lares e de influenciar as mentalidades tentou controlar a profissão e as suas práticas. Em breve a parteira passou a ser, de modo imperativo, da religião católica, apostólica e romana e estar juramentada pelo padre, para ser capaz, em caso de estar em perigo a vida do nascituro, de recitar as fórmulas próprias que assegurassem o seu batismo, uma vez que a crença na salvação da alma afetava a idade para que se batizasse as crianças, particularmente em uma época em que a taxa de neomortalidade era alta.⁷

⁷ O batismo é considerado por muitas famílias como um evento de alta significância. Não somente satisfaz a função essencial, qual seja, a de introduzir a criança na comunidade cristã, mas também

Em 1487 dois inquisidores Dominicanos publicaram “*The Witchhammer*” o que deu início à “Caça às Bruxas”, acreditando-se que elas eram companheiras do diabo. Se uma criança morria no parto, a parteira era acusada de oferecer a alma desta criança ao diabo. As parteiras usavam ervas medicinais e muitas poções e rezas ao assistir a parturiente.(Devries, 1992) Estes procedimentos e rotinas causavam muita suspeitas aos padres, que freqüentemente acusavam estas parteiras de bruxaria.

Em 1573 a Igreja Católica em Frankfurt decreta uma lei que coloca as parteiras sob a sua autoridade. As parteiras eram obrigadas a assistirem aulas, ensinadas a realizar o batismo em uma emergência e tomar as confissões finais da parturiente moribunda (no caso do padre não estar disponível), também era orientada a denunciar os casos de aborto, conduta ofensiva à crença católica, crianças nascidas de relações não matrimoniais e o uso de métodos contraceptivos. Eventualmente eram obrigadas a proferir o batismo intra-uterino, utilizando-se de seringas próprias para o ato, abençoadas pelo padre. Devido ao fato da água benta não ser estéril, tais injeções freqüentemente conduziam a infecções puerperais, culminando com a morte materna. As parteiras que não concordavam com estas leis eram acusadas de feiticeiras e queimadas na estaca. Aproximadamente 6.000 pessoas foram executadas como feiticeiras entre 1450 e meados de 1700; aproximadamente 80% destas pessoas eram mulheres e destas, 50% parteiras. O medo de serem acusadas como feiticeiras levou com que muitas parteiras trabalhassem na clandestinidade, dificultando ainda mais o avanço da profissão(Scheuermann, 1995)

“O caso das parteiras permite pensar que as ‘feiticeiras’ foram antes de tudo contestadoras oriundas dos meios populares, que não quiseram submeter-se às novas normas éticas, jurídicas, econômicas e sociais da classe burguesa ascendente, que restringia consideravelmente os papéis femininos na família, na profissão e na sociedade. Não tendo a proteção que o estatuto social ou econômico assegurava às rainhas, às mulheres nobres ou ricas, essas mulheres revoltadas acabavam na fogueira, graças à cumplicidade da Igreja”.(Michel, 1982)

Esta lei, promulgada em Frankfurt, permaneceu em vigor por 130 anos, sendo substituída em 1703 por outra que requeria que toda parteira fosse capaz de ler e escrever, ser casada ou viúva, ter parido pelo menos uma vez, participar de aulas proferidas por

é uma ocasião na qual, explicitamente, esta criança é apresentada à uma “família” mas ampla e estável que a suportará com ideais cristãos SEACOME, M. Baptism through the ages. **Midwife Health Visit Community Nurse**, v.21, n.10, p.368-72, 1985.

médicos e chamar um médico sempre que diagnosticasse uma dificuldade no parto. No entanto o conhecimento do médico sobre o parto era baseado inteiramente na teoria ou adquirido dos barbeiro-cirurgiões. Isto levou a um grande conflito entre as parteiras e os médicos.(Scheuermann, 1995)

De 1592 a 1775 as parteiras, assim como os cirurgiões e físicos eram obrigados a requerer licença ao episcopado para aturarem profissionalmente. Para que a licença de parteira fosse dada era necessário que testemunhas declarassem em juízo a perícia da requerente — *“This is to certify that Eliz Morse have safely delivered us and several others in Tedbury.” Record of Visitation, Gloucester Diocese 1678.*(Seacome, 1985)

Na França o 1º estatuto a regulamentar a profissão de parteira surgiu em 1560, em Paris. As pretendentes deveriam apresentar testemunhas de seu caráter e serem submetidas a uma banca composta por duas parteiras, um médico e dois cirurgiões. Após obterem o certificado eram obrigadas a denunciar as parteiras não regulamentadas e a solicitar ajuda de outra parteira mais experiente, de um médico ou de um cirurgião em casos complicados. Mas não houve qualquer tentativa de padronizar este treinamento. Em meados de 1600 Paris já havia se tornado o centro de treinamento para as parteiras.(Kalisch;Scobery;Kalisch, 1981)

A educação formal das parteiras francesas pode ser creditada a Louyse de Bourgeois⁸ (1563 – 1636), parteira letrada, oriunda da classe média proprietária, casada com um cirurgião. Autodidata, utilizou-se dos trabalhos de Paré e a observação de vários partos em mulheres de classe social baixa para tornar-se uma parteira que ostentava uma boa reputação entre os aristocratas franceses possivelmente devido à sua origem, sua educação, conexões familiares, suas habilidades e conhecimentos, assim como uma postura calma e resoluta frente ao nascimento. Tornou-se a parteira dos cinco filhos de Henrique IV. À medida que sua reputação e experiência cresceram, sua inicialmente boa relação com os cirurgiões foi decrescendo, tornando-se, no final de sua carreira, bastante conflituosa.(Kalisch;Scobery;Kalisch, 1981)

⁸ Em 1608 Louyse publicou seu famoso tratado: *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruit, fécondité, accouchements et maladies des femmes, et des enfants nouveaux naiz*. Este trabalho incluiu noções sobre anatomia, estágios do parto, posição do feto e mortalidade perinatal e dentre suas contribuições destaca-se o mecanismo de desprendimento da placenta e a identificação da desnutrição como causa de parto prematuro e da anemia – ela foi a primeira profissional de saúde a prescrever ferro para o tratamento da anemia. A segunda edição foi

Bourgeois (1563–1636) foi a primeira parteira a escrever livros, advogava uma abordagem, ao parto e nascimento, expectante e não intervencionista, argumentava contra as manipulações praticadas pelos cirurgiões, reconhecia a importância da condição emocional da parturiente e sugeria a todos que fossem atender mulheres na hora do parto a proverem apoio emocional, sugerir posições confortáveis e encorajá-las, a tratar cada gravidez como uma experiência singular e individual e a respeitarem o poder e o mistério do nascimento — filosofia que permanece como a viga mestra do ofício de parteira até os dias atuais. Em seus escritos ela incluiu discussões sobre ética e deveres das parteiras e implorou que elas servissem aos pobres com a mesma afeição que serviam aos ricos.(Kalisch;Scobery;Kalisch, 1981)

O desenvolvimento da profissão de parteira na Inglaterra foi mais lento do que no continente europeu. Embora o governo tentasse regulamentar a profissão este controle ficou efetivamente nas mãos da igreja até o século XVIII.(Devries, 1992)

O primeiro manual institucional escrito por uma parteira britânica (Jane Sharp) surge em 1671. Este manual discorria sobre não se apressar o parto, o perigo da apresentação pélvica e a importância de valorizar-se a força da mulher durante o parto.(Lops, 1988) Embora este manual possa ser considerado um avanço na arte das parteiras, havia um alerta para que elas tomassem cuidado com a ênfase sobre o conhecimento teórico.(Litoff, 1982)

Em 1739 foi inaugurada uma escola oficial para parteiras junto a uma escola médica em Edimburgo, e, em 1746 Henry Deventer publicou um livro texto com o propósito de ensinar as parteiras os fatos científicos que elas precisavam saber. Seu livro foi escrito em linguagem comum, e foi direcionado a típica parteira da época – se ela conseguisse ler. Esta autor, preocupado com a qualidade do atendimento prestado pelas parteiras, aconselhou a regulamentação da profissão.(Chaney, 1980)

acompanhada da descrição de casos clínicos de forma detalhada e a história de sua própria educação. Foi publicado em alemão, holandês, inglês e latim.

A “Parteira de Calça”

“The world will give me credit, surely, for having had sufficient opportunities of knowing a good deal of female characters. I have seen the private as well as the public virtues, the private as well as the more public frailties of women in all ranks of life. I have been in their secrets, their counselor and adviser in the moments of their greatest distress in body and mind. I have been a witness to their private conduct, when they were preparing themselves to meet danger, and have heard their last and most serious reflections, when they were certain they had but a few hours to live”

William Hunter, 1783

Na Europa, até aproximadamente 1550, as parteiras eram as únicas profissionais a assistir ao parto (Towsend, 1952). Estas profissionais conduziam o parto auxiliadas por outras mulheres; o homem fora excluído tanto da sala de parto quanto dos dias subseqüentes a ele. O recinto onde ocorria as mulheres pariam era reservado ao descanso e recuperação da puérpera e para os rituais femininos que envolviam o parto e nascimento. O homem, só era chamado em situações emergenciais, como último recurso, ele não tinha lugar no acompanhamento do parto normal. Esta estrutura definiu o horizonte da obstetrícia. Esta ciência, em sua origem, não obteve nenhum conhecimento do mecanismo fisiológico do parto, conhecia muito pouco da anatomia feminina e da função da placenta e foi fundamentada sobre a patologia.(Wilson, 1995)

Quando Paré, um famoso cirurgião-obstetra, praticava medicina (1517? – 1590), os barbeiros-cirurgiões começavam a **disputar** com as parteiras os casos obstétricos. Nesta época, os cirurgiões eram insuficientemente treinados; socialmente estavam na mesma posição dos carpinteiros, sapateiros e outros membros das guildas que até o século XVIII eram conhecidas coletivamente como das “artes e comércio”.(Guelfand, 1974) Com o passar do tempo, eles buscaram o reconhecimento de sua experiência obstétrica através da assistência às parturientes cujas vidas estivessem ameaçadas como resultado de complicações obstétricas. A conquista deste reconhecimento foi dificultada devido ao fato da exposição do corpo feminino aos homens ser considerada uma indecência. Os físicos, que na época pertenciam a um *status* social mais elevado do que os cirurgiões, não

demonstraram muito entusiasmo com a crescente participação destes nos partos. Muito menos as parteiras receberam bem os cirurgiões, já que estes representavam um risco para sua sobrevivência e reconhecimento profissional.

Mauriceau (1637-1709), considerado o principal responsável por estabelecer a Obstetrícia como uma especialidade da medicina,(Longo, Lawrence D, 1995) refere um clima de intensa rivalidade interprofissional — parteiras *versus* cirurgiões — em sua época.

Embora as parteiras tenham conseguido garantir seu papel histórico de atendente primária no nascimento, os barbeiros-cirurgiões foram gradativamente ganhando espaço no atendimento às parturientes, principalmente frente a situações de risco materno e/ou fetal; a prática da extração manual dos fetos com o intuito de salvar a vida materna era freqüente.(Towsend, 1952) O desenvolvimento de técnicas obstétricas forneceu aos cirurgiões a porta de entrada para o campo da medicina. Essa participação nos casos complicados, de risco, foi a pedra fundamental de uma ciência obstétrica voltada para a patologia, com isto assegurando uma vantagem sobre as parteiras, vantagem esta, que gradativamente foi sendo ampliada. Segregados pelos médicos e tendo que competir com as parteiras, foram obrigados a se autopromoverem; caso o processo da gravidez e do nascimento fosse reconhecido por todas as mulheres como um ato fisiológico, os serviços dos cirurgiões não seriam requisitados. Se, no entanto, a gravidez e o parto fossem considerados como situações de risco, patológicas, então os seus préstimos seriam revestidos de maior valor.

Guillemeau (pupilo e genro de Paré) foi um dos primeiros a advogar o parto na posição horizontal (1658), alegando o aumento do conforto da mulher e facilitação do parto; as técnicas desenvolvidas pelos cirurgiões que o antecederam seriam mais bem aplicadas se as mulheres adotassem a posição horizontal. Isto conduziu para o emprego da cama como local para o parto, e a posição horizontal adotada tanto para a gravidez de risco como para as normais.

Não obstante ter sido Guillemeau possivelmente o primeiro a advogar a posição horizontal para o parto, François Mauriceau tem recebido a maioria dos créditos. Ele afirmou que a posição horizontal para o parto seria mais confortável para a mulher e mais adequada para o médico. Este autor também foi influenciado pela forma de encarar a gravidez e o parto enquanto um processo patológico e em muito colaborou para reforçá-la. Em publicação de 1668 ele afirmava que a gravidez era um “tumor da barriga” causado

pelo feto. A mudança de postura no parto foi, portanto, uma evolução natural da mudança do conceito sobre a gravidez — fisiológica *versus* patológica.

Louis XIV (1638-1715), contemporâneo de Mauriceau tem sido apontado por alguns autores como o responsável pela horizontalização do parto (Longo, Lawrence D, 1995; Rothman, B., 1983). Entretanto, sua principal interferência no desenvolvimento da Obstetrícia deveu-se ao fato de além de promover a participação de parteiros do sexo masculino, favoreceu a profissão de um litotomista⁹ famoso na época, Frère Jacques, (nascido Jacques Beaulieu, 1615). Ele passou a trabalhar no Hôtel Dieu durante o mesmo período em que a posição horizontal foi instituída para o parto. Embora seja difícil equacionar uma correlação precisa entre a horizontalização do parto e as cirurgias de litotomia, o incremento desta prática e a ampliação do emprego da posição de litotomia para o nascimento ocorreram concomitantemente no mesmo hospital em Paris no século XVII.¹⁰

Em meados do século XVIII, na Inglaterra, surge um novo profissional, apelidado na época de homem-parteira (*Man-midwife*), este profissional atuava no lugar, antes reservado às parteiras — a atenção ao parto normal. Estes novos profissionais deram origem ao que se costuma denominar de “revolução na obstetrícia”.(Wilson, 1995) Os trabalhos de Fielding Ould (1742) e especialmente os de William Smellie (1752), abriram um novo horizonte na descrição do mecanismo de parto e sua assistência; e William Hunter, que em 1760 substituiu Smellie em Londres, produziu uma descrição detalhada da anatomia e função placentária — *The Anatomy of the Gravid Uterus* (1774). Várias instituições surgiram nesta época em Londres, incluindo maternidades (4 entre 1749 e 1767), o ensino sistemático voltado à formação dos homens-parteiras (liderado por Smellie, que ensinou aproximadamente 900 alunos do sexo masculino entre 1740 e 1750). Algumas destas iniciativas obtiveram eco no interior o que facilitou a disseminação da nova profissão.(Wilson, 1995) Equipados com novos conhecimentos e novas tecnologias estes

⁹ Litotomia: cirurgia sobre a bexiga urinária para remoção de cálculos.

¹⁰ Nos Estados Unidos da América, William Shippen Jr, o primeiro catedrático em Obstetrícia e Anatomia da Universidade da Pensilvânia, foi um líder e professor influente de Obstetrícia até sua morte, em 1808. De acordo com a literatura, Shippen também foi considerado um dos mais proeminentes litotomistas de sua época BUSH, RB. **Lithotomy, its practice and practioners in Philadelphia during the colonial and early republican period: an essay in the transit of culture**. 1976- History, New York University, New York.. Outra conexão aparece com Hugh Hodge, que foi um estudioso desta técnica; seu mentor, Caspar Wistar, foi um litotomista discípulo de Shippen.

profissionais estavam habilitados a uma crítica crescente sobre o trabalho das parteiras tradicionais, que por sua vez, também os criticavam pela falta de modéstia, pelas condutas intervencionistas e pela violação do trabalho das parteiras.

Embora esta polêmica, que tomou corpo em meados do século XVIII, não tenha surtido grandes resultados na época, no final do século os homens-parteiras haviam conseguido um lugar cativo na atenção ao parto e nascimento, principalmente sobre as mulheres urbanas e de classe social mais elevada — esta prática era considerada uma área das mais lucrativas.(Wilson, 1995) Como resultado da crescente influência masculina num terreno historicamente controlado pelas mulheres, as parteiras observaram um declínio na esfera de respeito, poder e reconhecimento de seu trabalho por parte da população, a ponto de serem estereotipadas como a personagem Sarah Gamp no conto de Dickens, Martin Chuzzlewit (1840).

Um indicador seguro da mudança ocorrida no século XVIII é a publicação de tratados voltados às parteiras. Desde 1540, quando o trabalho de Rösslin foi traduzido para o inglês sob o título *“The Birth of Mankind”*, a demanda popular por informações sobre gravidez, parto e matérias correlatas veio crescendo gradativamente. Até meados do século XVIII pouco havia sido escrito originalmente em inglês. A maioria vinha da França — Pare, Guillemieu, Gourgeois, Mauriceau, Du Tetre, Portal, Dionis, Peu, La Motte — com a contribuição de autores alemães como por exemplo, — Hendrik Deventer. Mas esta situação mudou radicalmente após 1733, o ano em que Edmund Chapman publicou *“Essay towards the improvement of midwifery”*¹¹. Na década seguinte sete autores (apenas uma parteira os outros homens) publicaram trabalhos originais em inglês. Deste ponto em diante, os trabalhos escritos na língua inglesa se tornaram a norma; as novas publicações obtiveram eco na comunidade científica, por sua adequação na linguagem, seu alto padrão científico; e uma tradição crescente conectou o trabalho de Chapman e seus sucessores com a literatura publicada em periódicos científicos até os nossos dias.(Wilson, 1995)

Como foi que este fato ocorreu? Como as mulheres substituíram as parteiras tradicionais? Como que um processo historicamente de domínio feminino tornou-se o objeto do trabalho dos médicos? Porque uma torrente de críticas dirigidas contra os homens-parteiras atingiu ouvidos moucos? Qual seria a relação entre o conhecimento

¹¹ O termo midwifery não se encontra traduzido para o português, portanto será utilizada nesta dissertação significando o conjunto de conhecimentos e práticas utilizados historicamente pelas parteiras.

sistematizado ou compreendido de modo diferente pelo homem com a nova prática masculina? O que rompeu a barreira que formalmente excluiu o homem da assistência ao parto? Estas são questões centrais no entendimento do modelo hegemônico de atenção ao parto no nosso meio.

No século XVII, durante um período de rápido crescimento econômico, tal como a metáfora à qual subordina a organização do universo, a sociedade ocidental substituiu o valor concedido ao organismo humano pelo valor creditado às máquinas. Descartes, Bacon, Hobbes e outros pensadores desenvolveram e disseminaram uma filosofia que assume um universo mecanicista e seguidor de leis previsíveis, que os diferenciavam das teorias medievais e que tornava possível seu entendimento através da ciência e seu domínio através da tecnologia. Estas idéias coadunaram de tal forma com a crença explicitada na Bíblia¹² do direito do homem em dominar a natureza, que no final do século XVII já se tornara a pedra fundamental na qual repousava a filosofia ocidental.

Como resultado desta mudança na base filosófica a natureza, a sociedade e o organismo humano rapidamente começaram a ser vistos como partes “atomizadas e intercambiáveis” que podem ser reparadas ou trocadas a partir do exterior.(Davis-Floyd, Robie, 1992) Segundo Bonet (1999) a constituição deste modelo “*não pode ser dissociada do estabelecimento da configuração individualista que é hegemônica na cultura ocidental moderna*”.(Bonet, 1999) Tal afirmação é completada por Duarte, o qual sugere ser a formação desta configuração responsável pela produção de três importantes consequências: “*(...) a racionalização e afastamento do sensível, a fragmentação dos domínios e a universalização dos saberes, a interiorização e psicologização dos sujeitos.*”(Duarte, 1988) p.20

O processo social no qual se configurou a concepção individualista do homem se manifestou no âmbito científico como “*uma fratura epistemológica ocasionada pelo advento da filosofia mecanicista, a qual propunha uma nova forma de ver o mundo (...) Surge, conseqüentemente, um mundo de ‘fatos’ unicamente apreensíveis por um pensamento metódico e racional.*”(Bonet, 1999)

¹² . “Deus disse: Façamos o homem à nossa imagem, segundo a nossa semelhança, e que ele submeta os peixes do mar, os pássaros do céu, os animais grandes, toda a terra e todos os animais pequenos que rastejam sobre a terra!”

Gênesis 1:26. **Bíblia Sagrada**. 24ª ed. São Paulo: Ave Maria, 1977. v.Genesis Cap 3.16

Ao final do século XVII, a aceitação geral do modelo mecanicista foi acompanhada de uma fragmentação da religião cristã que até então tinha sido a estrutura conceptual da sociedade europeia. Na medida em que o modelo mecanicista tornou-se o fator conceptual desta sociedade, unificando o cosmos, a sociedade e o *self*, a responsabilidade sobre os cuidados com o corpo humano passam das mãos da igreja para as dos profissionais médicos (apesar de até hoje ainda exercer influência em questões como por exemplo nas discussões sobre o aborto e métodos contraceptivos). Esta ciência em desenvolvimento tomou então o modelo mecanicista, cartesiano, como seu alicerce filosófico e encarou o desafio de transportar tais conceitos para a funcionalidade do corpo, assemelhando-o à máquina. Esta transfiguração foi crucial no desenvolvimento da sociedade ocidental.

Bonet, ainda nos lembra que *“a partir da nova concepção de corpo se abre o caminho para uma biologia e uma medicina positivistas, mas o custo desse avanço é a instituição de um dualismo entre o corpo, que representará o material, mensurável e objetificável, e o homem, associado ao espiritual, social e psicológico.”*(Bonet, 1999) Em decorrência desta dicotomia surge uma hierarquia. Para a biomedicina os conceitos revestidos de valor se baseiam nas variáveis mensuráveis e passíveis de serem tratadas estatisticamente, num corpo anatomizado, separado da mente. A socióloga Jo Murphy-Lawless acrescenta que o conhecimento adquirido pela obstetrícia sobre a mulher está baseado em uma imagem que faz do corpo feminino oriunda das representações anatômicas obtidas desses corpos sem vida, onde a mente não está mais presente.(Murphy-Lawless, 1998)

Junto à responsabilidade pela manutenção da consistência do sistema de crença dominante, os médicos cumpriram outro papel na sociedade, o qual era também de responsabilidade da igreja, a de inculcar nos membros individuais dessa sociedade os dogmas deste sistema de crenças.(Davis-Floyd, Robie, 1992) O modelo biomédico, que foi desenvolvido a partir desta filosofia, é baseado na ciência, influenciado pela tecnologia, e conduzido por instituições que possuem em sua filosofia fundamental valores como o patriarcado, o tecnicismo e a supremacia da instituição sobre o indivíduo.

Estas instituições médicas possuem mecanismos especialmente eficazes em perpetuar os valores centrais da sociedade tecnocrata, em particular pelos princípios hierárquicos em que estão organizadas, diluindo responsabilidades e concentrando nas mãos de poucos o poder de modificar o *status quo*. Profissionais de saúde que tentem alterar o sistema são freqüentemente obstruídos ou segregados pelos outros profissionais,

pelos administradores hospitalares e, ultimamente, em particular nos E.U.A., pelo sistema jurídico e econômico da sociedade e, historicamente, se constituíram em motivo de perseguição política. (Lee, 2001)

Quando os ingleses colonizaram a América do Norte, introduziram no Novo Mundo seus costumes e suas práticas tradicionais acerca do parto e do nascimento, que era assumindo como um campo de saber e de fazer eminentemente feminino. Este ponto de vista prevaleceu durante a maior parte do período colonial. Até o período que cercou a independência dos EUA nenhum médico atenderia uma parturiente saudável. As grávidas procuravam amigas ou alguma mulher da própria família para ajuda e conforto e buscavam as parteiras para um atendimento especializado. (Wertz;Wertz, 1989b)

Os rituais introduzidos há séculos eram mantidos e estes rituais eram assumidos como tendo uma importância crucial, se **considerarmos** as demandas sobre as mulheres da época, em particular devido ao longo período em que estas mulheres se ocupavam da gravidez, do parto e da criação de seus filhos. considerar

Estes ritos serviam como um paliativo, um descanso dos cuidados incessantes que estas mulheres desprendiam por 20 a 25 anos de suas vidas. Nesta época a idade média para a mulher contrair matrimônio era em torno dos 22 anos, e o período médio para a vinda do primeiro filho era de 16 meses. O último filho, no entanto, só nasceria quando esta mulher atingisse os 40 anos de idade, o que significa que este último filho permaneceria em sua casa até que esta mulher atingisse os 60. Este longo período dispensado à criação dos filhos, usualmente era maior do que o próprio período de casamento, a medida em que freqüentemente o marido morria antes do último filho sair de casa. O filho caçula usualmente tinha a mesma idade de netos. (Wertz;Wertz, 1989c)

O intervalo intergenésico era em torno de 15 a 20 meses, porque a concepção raramente ocorria no período de amamentação. A prática do aleitamento era a norma, até que a criança completasse pelo menos 1 ano (no sul era comum que as crianças brancas fossem amamentadas por escravas). (Wertz;Wertz, 1989c)

O apoio social previsto por esta forma de pensar o parto e o nascimento, permitia à puérpera observar o período de resguardo, mantendo-se na cama por 3 a 4 semanas, algumas vezes por um período superior, enquanto outras mulheres cuidavam dos afazeres domésticos. Esta rede social de apoio incluía pessoas da família e de fora do círculo

familiar que não recebiam pagamento por este auxílio. A maioria agindo baseada na reciprocidade.

O parto e o nascimento dependiam, para o seu sucesso, mais do que a atenção de uma parteira; requeriam a ajuda de familiares e amigas, que não somente ajudavam o nascimento, mas tomavam a responsabilidade pelos afazeres domésticos durante o período do resguardo. Esta prática tornava o parto um evento social.

Neste contexto social o parto constituía-se em uma importante fonte de solidariedade entre as mulheres. Elas se ajudavam de forma prática no parto e no puerpério, mas, pode-se supor, ao confortar a parturiente, compartilhar suas emoções, suas dúvidas, seus medos estavam preparando a si próprias para o próprio parto no futuro. Por outro lado a parturiente estaria assegurada por mulheres mais velhas que já haviam passado pela experiência de dar à luz. Hoje, uma vez que esta rede social foi rompida, algumas maternidades tentam substituí-la por alguma forma de apoio psicológico, seja através dos serviços contratados à uma doula¹³, seja pela participação de um acompanhante, o que tem sido avaliado como eficaz, pois ao manter esta mulher relaxada, tranqüila, confiante contribui para o alívio da dor e, até mesmo, para um parto mais rápido.(Victora *et al.*, 1994)

Alguns aspectos relacionados à prática do apoio social resistiram ao tempo, mesmo após a substituição da parteira pelo médico, e, embora as famílias de classe social mais elevada tivessem enfermeiras particulares, serventes e morassem longe de suas famílias. Mãe, familiares e amigas continuavam a participar dos ritos do nascimento, expressando seu apoio emocional e social.

Wertz (1989, p. 5) acredita que esta rede de apoio social e psicológica constituída por estas mulheres na ocasião do parto levavam os médicos do século XIX “a sentirem-se ameaçados sob o olhos observadores destas muitas mulheres, e iniciando um processo de retirada destas mulheres do quarto, com exceção da enfermeira contratada ou uma amiga que obedecesse as ordens médicas.”(Wertz;Wertz, 1989c)

Estas práticas de apoio social foram mantidas durante quase todo o século XIX, mesmo após as famílias de classe média começarem a contratar os serviços de médicos para assistir ao parto e outros profissionais para os cuidados com a mulher. Enquanto o

parto ocorria na residência este processo permanecia na esfera de ação feminina. A mulher selecionava os auxiliares, incluindo o médico. Mulheres estavam presentes por ocasião do nascimento. O parto continuava a ser uma ocasião fundamental para a expressão dos cuidados e do amor entre as mulheres. Quando havia a impossibilidade de contratação de atendentes as amigas ou familiares desta mulher estariam presentes no parto e também prestariam auxílio nos afazeres domésticos durante o resguardo.

Dentro deste universo feminino de apoio, ajuda, cumplicidade, companheirismo surge uma questão histórica: porque razão os médicos, que nesta época não eram muitos, gozavam de pouco prestígio e eram despreparados para a atenção ao parto, vieram a substituir as parteiras?

Uma tentativa de resposta a esta questão passa pelo entendimento da relação entre os ritos desenvolvidos na Europa, em particular na Inglaterra, onde a prática das parteiras passava pela magia, entendida como um *“conjunto mais ou menos sistemático de saberes, crenças e práticas, relativamente institucionalizados dentro de um grupo social, e que dizem respeito à possibilidade de manipular certas forças impessoais ou indecifráveis que se manifestam na natureza, na sociedade ou nos indivíduos”*.(Ferreira, 1999) Isto por um lado favorecia a satisfação das mulheres pela atenção prestada pelas parteiras, e, por outro lado, afastava os médicos que não queriam ser associados a bruxarias. Na América, a associação de pressões e sanções severas exercidas pela igreja Protestante sobre a prática da magia, contribuindo para que sua prática fosse menos disseminada do que no continente europeu, e a relação com a aceitação dos ditames da ciência, aceitando-a, e em particular, a boa vontade com que era vista a intervenção sobre a natureza, contribuiu para que uma grande parte das mulheres norte-americanas olhasse positivamente para o novo conhecimento e habilidades dos médicos. E esses, herdaram um processo cultural onde o parto foi gradativamente sendo desmistificado e racionalizado e, conseqüentemente, passível de ser controlado.(Wertz;Wertz, 1989c)

A mulher entregou, de forma gradativa, aos médicos o controle do parto e do nascimento, a manipulação de seus corpos, mas não desistiram dos rituais acerca deste processo. De uma forma que espelha a acomodação entre a religião e a ciência, a mulher permitiu ao homem tratá-la como uma máquina que pode não funcionar direito, mas ela

¹³ Mulher que assiste à família antes, durante e imediatamente após o parto. Ela é treinada a oferecer apoio emocional e físico, além de ter um papel importante como fonte de informação.

manteve o significado espiritual do nascimento para ela própria. O processo do parto e do nascimento naquela época passou a apresentar uma nova dicotomia: o corpo nas mãos do homem, o espírito na companhia da mulher.(Wertz;Wertz, 1989c)

No século XIX, surgem nos EUA as primeiras maternidades. Eram asilos para as mulheres pobres, sem-teto, ou pertencentes à classe operária e que não tinham dinheiro para pagar o parto domiciliar. Os médicos e os filantropos acreditavam que estas mulheres mereciam tratamento médico e a chance de se recuperar do parto em uma atmosfera de elevada moral.(Harvey, 1979) Longe das prostitutas, bêbados e lunáticos que eram encaminhados para dispensários especiais (*almshouse*) que não recebiam as cartas de recomendação para os dispensários.(Rosenberg, 1974)

Em 1873 hospitais só existiam nas cidades maiores, nesta época estimava-se que o número total de hospitais nos EUA não ultrapassava a casa dos 100.(Rosenberg, 1974) Estas primeiras maternidades não eram grandes o suficiente, em particular no período que se seguiu a guerra civil (1775 – 1781) e atraíam um pequena percentagem de mulheres pobres; as mais afortunadas continuavam parindo em suas casas. Contavam, ainda, com aspectos negativos como a febre puerperal e o estigma de terem sido criadas para atender uma parcela de mulheres excluídas da sociedade. Os hospitais de uma maneira geral eram considerados como “passagem para o inferno”, lugares perigosos que deveriam ser evitados a qualquer custo. Como resultado eram freqüentados principalmente por pessoas desesperadas que por alguma razão estavam separados da rede social de apoio, os sem-teto e os idosos solitários.(Knox;Bohland;Shumsky, 1983)

Em torno de 1880 o espectro da febre puerperal estava aparentemente sob controle¹⁴ e os médicos, por sua vez, apresentavam uma melhor aceitação por parte da sociedade, estes fatores vieram a contribuir para a melhoria da imagem das maternidades. Mulheres de todas as classes sociais começaram a procurar a maternidade para os casos complicados e gradualmente a considerá-la mais segura do que o domicílio.

¹⁴ Vale lembrar de Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) graduado em medicina em abril de 1844. No final de 1847 ele afirmou que a origem da febre puerperal, que vinha dizimando mulheres em Viena, estava nas mãos dos próprios médicos, que após dissecar cadáveres não as lavavam, carreando desta forma as bactérias para o corpo das mulheres. Após a introdução da rotina de se lavar as mãos registrou-se uma queda na taxa de mortalidade materna de 18.5% para 2.45%, apesar disto, por ir contra o sistema, foi desqualificado, vindo a falecer em um asilo para doentes mentais.CARTER, K CODELL;CARTER, BARBARA R. **Childbed fever**. ed. Westport: Greenwood, 1994. 144 p. (Contributions in Medical Studies)

Enquanto menos de 5% das mulheres escolhessem parir em hospitais no início do século XX, em 1920 já se podia detectar uma tendência crescente à hospitalização do parto. Segundo Wertz (1989, p.133) em 1921 mais da metade dos partos ocorridos em Mineápolis, Sokane, São Francisco, Hartford, Distrito de Colúmbia e Springfield foram acompanhados em hospitais. Em Cleevland os partos hospitalares passaram de 22% em 1920 a 55% em 1930 e 76% em 1937.(Wertz;Wertz, 1989a)

É o próprio Wertz (1989, p.132) que cita uma passagem de um periódico, publicado em 1926, que ilustra o pensamento que criava raízes na época:

"But is the hospital necessary at all?" demanded a young woman of her obstetrician friend. "Why not bring the baby at home?"
"What would you do if your automobile broke down on a country road?" the doctor countered with another question.
"Try and fix it," said the modern chauffeuse.
"And if you couldn't?"
"Have it hauled to the nearest garage."
"Exactly. Where the trained mechanics and their necessary tools are," agreed the doctor. "It's the same with the hospital. I can do my best work-and the best we must have in medicine all the time-not in some cramped little apartment or private home, but where I have the proper facilities and trained helpers. If anything goes wrong, I have all known aids to meet your emergency."
The Century Illustrated Magazine, February, 1926

A transformação marcante ocorrida no modelo de atenção ao parto e nascimento só foi possível após uma mudança na forma de pensar tanto dos médicos como de suas clientes, que passaram a entender que o parto hospitalar ofereceria maior segurança, tanto para a mulher quanto para o bebê. O hospital vendia uma imagem de ter conseguido associar o melhor de dois mundos, o hospital era um hotel que estaria habilitado a prover serviços de atenção tanto direcionados à mulher quanto ao bebê, com segurança e com a internação durante um período suficiente para a recuperação da mulher. O médico relacionava-se de forma direta com a paciente, provendo cós cuidados necessário, utilizando suas habilidades profissionais para aumentar a segurança e o conforto de todo o processo, e, finalmente, curando as doenças quando estavam presentes.

De 1900 a 1930 mulheres e médicos compartilharam o ponto de vista que o parto e o nascimento eram melhores atendidos e mais seguros se as mulheres confiassem todo o processo aos cuidados prestados por especialistas em hospitais.(Wertz;Wertz, 1989a)

A transição do parto domiciliar para o parto hospitalar durou apenas duas gerações. Nestas duas gerações, o nascimento passou de um evento familiar e natural para um procedimento médico. As mulheres transformaram-se em pacientes, e o cuidado dos recém-nascidos uma especialidade florescente.(Rothman, Barbara Katz, 1982)

Esta transição tão radical e em tão pouco período de tempo tem sido historicamente explicada pela introdução de técnicas anestésicas, pelo descobrimento das causas das doenças, pela teoria dos germes, introdução da assepsia, etc. Mas, enquanto estes fatores contribuíram de forma indubitável para esta mudança, é importante reconhecer tanto o estímulo quanto os problemas trazidos pelo processo global de urbanização.

O estudo da evolução do modelo de atenção ao parto, em particular da institucionalização do mesmo, passa pelo entendimento do próprio processo de urbanização ocorrido na época. Já foi sugerido que a estrutura fundamental do modelo atualmente hegemônico em nosso meio foi fortemente influenciado pelo modelo americano. Esse por sua vez para ser entendido tem que se levar em conta os determinantes sociais dentre eles o processo de urbanização ocorrido nos EUA que ocorreu no final do século XIX. Os estudiosos das cidades norte-americanas reconhecem este período como de “transição urbana”; de forma similar os estudantes da história da medicina concordam que foi neste período que foi desenvolvida a “medicina moderna”.(Knox;Bohland;Shumsky, 1983) E é a junção destes dois fatores que contribuem para o entendimento das perguntas formuladas anteriormente.

Enquanto muitos aspectos da evolução da atenção ao parto são importantes, neste momento o interesse é principalmente na reestruturação espacial da mesma. Abordando a questão sob o ponto de vista da distribuição espacial dos obstetras e a mudança no local do parto, fica mais fácil entender a razão de uma mudança radical ocorrida em período de tempo tão curto.

Para que a mudança ocorrida no modelo de atenção ao parto seja entendida de uma forma melhor, é necessário que se busque compreender alguns dos processos importantes que, no final do século XIX, vieram a transformar a vida urbana nos EUA. O mais importante destes fatores foi a transformação do sistema econômico que trouxe uma maior

divisão do trabalho, especialização e um novo ritmo ditado pelas fábricas e pelos escritórios. Na manufatura, por exemplo, a produção passou de doméstica — passando por uma série de distintos estágios — a produção em larga escala.(Knox;Bohland;Shumsky, 1983)

A reestruturação econômica e a especialização também contribuíram para transformar a estrutura social. Junto com a crescente distinção entre proprietários e trabalhadores, desenvolveu-se a burocracia com os escriturários e contadores, assim como outros prestadores de serviço. Com isto expandiu-se a classe média que com seu poder de compra, preferência por local de moradia e atitudes voltadas a urbanização produziu, rapidamente, uma profunda mudança na geografia social das cidades.(Knox;Bohland;Shumsky, 1983) Enquanto isso, novas mudanças no estilo de vida eram estabelecidas em resposta a estas alterações, assim como, ao contínuo crescimento em tamanho, densidade, heterogeneidade da população. Os principais resultados dessas mudanças foram uma estratificação crescente, segregação sócio-econômica e étnica, e uma mudança na direção de uma interação social impessoal e racional.

De igual importância para o entendimento da substituição das parteiras pelos médicos e do domicílio pelo hospital são as mudanças ocorridas na estrutura e funcionamento da família. As demandas da industrialização e da urbanização trouxeram a racionalização do dia-a-dia, enquanto a disciplina do tempo imposta pela divisão do trabalho foi exacerbada pela separação geográfica entre a residências e local de trabalho, tornou gradativamente mais difícil para a família desempenhar os papéis tradicionais.(Pred, 1981) Ao mesmo tempo um incremento na mobilidade residencial tendeu a isolar a família nuclear de sua tradicional rede social de apoio, de forma que os parentes mais próximos que outrora eram parte integrante, em conjunto com amigas desta rede, foram afastados pela nova vida nas cidades grandes. Assim, para que a nova rotina pudesse acontecer nesta nova ordem econômica e social, a família teve que abrir mão de sua função econômica enquanto unidade, mas também dividir muitas das responsabilidades domésticas, como educar os filhos, apoiar os idosos, cuidar dos doentes. O corolário desta mudança foi o surgimento e crescimento de um grande número de profissões liberais como barbeiros, costureiros, restaurantes e médicos e hospitais.

Durante este período inovações tecnológicas contribuíram para mudanças no desenvolvimento urbano e no estilo de vida da população. Estas inovações, por seu lado, promoveram o setor de serviços e iniciaram um processo de mudanças sucessivas na

relação espacial e econômica entre os produtores e os consumidores destes serviços. Inovações como o telefone, o bonde, pavimentação das ruas, e mais tarde, o automóvel, estimularam a demanda efetiva por serviços especializados. Este desenvolvimento tecnológico também aumentou a produtividade (assim como o lucro) neste setor de serviços.(Starr, 1977)

Finalmente, o século XIX também pode ser caracterizado pela aparente contradição dos movimentos em direção à iniciativa privada e ao protecionismo social. O último pode ser visto como o resultado de mecanismos internos de sobrevivência que evoluiu no sentido de proteger o capitalismo dos seus próprios conflitos e contradições.(Knox;Bohland;Shumsky, 1983)

Cada um destes aspectos influenciou a evolução do sistema de saúde e em particular do modelo de atenção ao parto durante o final do século XIX e início do XX. O crescente aumento na divisão do trabalho afetou a organização dos profissionais de saúde enquanto o afastamento da produção doméstica pode ser entendido como um dos fatores que influenciaram o desenvolvimento de diferentes locais para o atendimento médico. Mudanças na estrutura familiar e a emergência de uma nova classe média com um poder de compra maior refletiram na crescente demanda pelos serviços médicos. A filantropia paternalista do capital privado influenciou não somente o movimento da saúde pública como interferiu sobremodo sobre o ensino médico, que, por sua vez, interferiu diretamente na própria natureza da medicina e da prática médica.(Knox;Bohland;Shumsky, 1983)

Sugere-se que as mudanças na estrutura e papel da família, em conjunto com o crescente número de indivíduos que viviam inteiramente sós nas cidades, que induziram, inicialmente, um aumento na demanda de cuidados médicos profissionais. Este aumento na demanda foi fortalecido pela crescente eficiência do sistema de transporte urbano, que teve o efeito de redução relativa dos custos com o atendimento médico. A resposta inicial do sistema de atenção que surgia às antigas formas de atenção foi em primeiro lugar a expansão do número de escolas médicas. Escolas particulares de medicina proliferaram, formando médicos com conhecimentos e habilidades inadequadas. E, em segundo lugar, a proliferação marcante de terapêuticas “não-ortodoxas”. Esta divisão do trabalho médico em especialidades e sub-especialidades mantinha uma sintonia fina com as mudanças culturais da cidade, em particular com o antiintelectualismo, romantismo e igualitarismo.(Knox;Bohland;Shumsky, 1983)

Na obstetrícia não era diferente. Em termos da terapêutica, a resposta foi o afastamento de medidas heróicas e a adoção de um maior rigor em direção à pesquisa e à teoria. Em termos da competição pelo dólar das pacientes, a resposta foi a organização de campanhas difamatórias contra as parteiras e para transformá-las em fora-da-lei. O Dr. J. Whitridge Williams, autor original do “*Williams Obstetrics*”, em palestra proferida em 1911 e publicada no “*International Journal of Domiciliary Midwifery*” em novembro de 1911, página 165 afirmou:

“The plan to eliminate the competition of midwives included free admission to teaching hospitals for lower class women who otherwise would have chosen the care of midwives.”

Alguns autores nesta época advogavam que o governo deveria arcar com um sistema gratuito, voltado às pessoas de baixa renda, reconhecendo o grande benefício público derivado da educação médica. Este conceito contribuiu no futuro para a constituição do sistema “*medicare*”.(Noronha;Ugá, 1995)

Os obstetras sentiam-se ameaçados pelas parteiras não somente pela competição direta, mas porque questionavam a idéia da especialidade profissional. O Thompsonianismo, em particular, apregoava que todo homem deveria ser o seu próprio médico através do uso de simples remédios caseiros.(Rabinowitch, 1971) A medicina ortodoxa, frente a estas idéias não tinha outra saída que não a da organização. A Associação Médica Americana (AMA) em conjunto a inúmeras sociedades locais rapidamente cooptou um grande número de associados a partir do final do século XIX e, desde o começo, um de seus papéis principais foi o de regular a profissão permitindo ou não o ingresso do médico na sociedade.

A educação médica tornou-se uma importante força no sentido contribuir para uma aparência profissional mais estável, para o isolamento de outras formas de cuidados à saúde e para o controlar quem ingressava na profissão. Nesta época surgia um grande número de escolas médicas, com um cunho eminentemente comercial.

Williams (1911) questionava a qualidade da assistência obstétrica prestada na época pelos obstetras e pregava uma reforma imediata na educação médica, elevando-a ao nível das escolas européias, em particular das germânicas. E acrescentava a dificuldade relacionada à insuficiência de “*clinical material*” (forma como se referia às mulheres que

optavam em parir nos hospitais) para instruir de maneira adequada o número crescente de estudantes de medicina. Este autor sempre se referia a suas pacientes como "*clinical material*". Na realidade eram mulheres que optaram em transformar o processo do parto e nascimento em ferramenta de ensino, obtendo em troca acesso gratuito às maternidades. Infelizmente, isto custou a vida de muitas mulheres, na medida em que as intervenções médicas na época (uso rotineiro de clorofórmio e fórceps) eram, particularmente, perigosos. Embora as informações prestadas na mesma palestra indicassem a segurança do trabalho exercido pelas parteiras (menor taxa de morbi-mortalidade materna e fetal), ele de forma insistente usou o adjetivo "ignorante" antes do termo parteira.

*"...the majority of teachers in this country consider that general practitioners lose as many and possibly more women from puerperal infection than do **midwives**. This is an appalling conclusion as it is generally believed that infection is the main cause of preventable deaths in the practice of the latter[i.e. **parteiras**]. (...) Moreover, [many report] the unnecessary deaths of large numbers of children resulting from improper operating, and the failures to recognize .. a contracted pelvis. (...) What a showing! The generally accepted motto for the guidance of the physician is "primum non nocere;" and yet more than 3/4 of the professors of obstetrics in all parts of the country, in reply to my questionnaire, stated that incompetent doctors kill more women each year by improperly performed operations than the ignorant **midwife** does by neglect of aseptic precautions."*

Pg. 179

Avançava em sua análise ao responsabilizar as parteiras, "mulheres ignorantes" oriundas das classes baixas da população, que "desperdiçavam" todo o "material clínico" todas as vezes a que atendiam ao parto. Desde que era "óbvio" que os médicos eram necessários, enquanto as parteiras eram "desnecessárias", recomendava a "extinção" das parteiras com a intenção de prover melhores oportunidades para o treinamento médico.

"Moreover, the fact that their employment is very restricted in both Boston and Montreal indicates that they

(i.e. midwives) are not absolutely necessary and lends additional strength to the argument of those who believe in their ultimate suppression. I am prepared to advocate their gradual abolition, and their replacement by a marked extension of lying-in charities." Pg. 181

Neste ínterim outras forças contribuíram para uma maior organização profissional. O problema da “superpopulação” de médicos foi agravado pelos altos índices inflacionários registrados no último quarto do século XIX. (Wertz;Wertz, 1989a) Ademais, o número de paramédicos trabalhando no setor saúde cresceu, tornando as habilidades de certos profissionais, se não obsoletos, no mínimo questionáveis, como na comparação entre o trabalho desenvolvido pelas parteiras e pelos obstetras. (Gelfand, 1974) No final do século estimava-se que estes paramédicos eram responsáveis pela perda de aproximadamente 40% na renda dos médicos entre 1887 e 1912. Estas pressões contribuíram para um maior recrutamento de membros da AMA (aumento de sete vezes entre 1900 e 1910). (Knox;Bohland;Shumsky, 1983)

Questão instigante, nesta disputa pela atenção às grávidas, é que os autores no início do século XX — época em que as mulheres ainda não tinham direito ao voto — colocavam-se sempre contrários às parteiras e não contrários à “*midwifery*”, disciplina que gradativamente era apropriada pelos médicos como “uma expansão dos seus próprios conhecimentos”. Com isto em mente as referências eram, e ainda são, “o problema das parteiras” ou “eliminação das parteiras” ao invés da eliminação da *midwifery*.

A tática adotada foi a apropriação da profissão histórica das parteiras, a mudança do termo *midwifery* para obstetrícia, dividindo-a entre as modernas e mais “científicas” profissões da medicina e enfermagem. O ideal descrito na época era a especialização de enfermeiras, que seriam subordinadas aos médicos, os quais só seriam chamados quando o parto fosse iminente. Esses médicos recebiam um pagamento substancial pelo serviço prestado, enquanto a enfermeira recebia um pagamento modesto, na dependência das horas que passou acompanhando o trabalho de parto. Este ainda é o modelo mais prevalente nos EUA.

Nos comentários feitos às considerações de Williams (1911) Dr. Rachel S. Yarros, obstetra residente em Chicago, comentou: "*As a measure of expediency and as an improvement over the **midwife**, I recommend the education of the **trained nurse to take***

care of normal cases or to work as an assistant with the obstetrician." Não seria esta a idéia que gerou as enfermeiras-obstetras americanas?

Outro aspecto importante a ser discutido sobre o processo de institucionalização do parto está relacionado com a filantropia paternalista do capital privado, que, segundo alguns autores interferiu no processo de educação, moradia e planejamento urbano,(Blais *et al.*, 1994) assim como na evolução do próprio sistema de saúde. O grande fruto da junção da medicina com a filantropia foi a investigação do sistema educacional em medicina sob os auspícios da Carnegie Foundation e endossada pelo Conselho de Educação Médica da AMA. Os resultados — o famoso Flexner Report (1910) — diretamente precipitou o fechamento de escolas de medicina e disseminou a regulamentação rigorosa do ensino médico. De acordo com Brown (1979, p136) também contribuiu para “educar o público a aceitar a medicina científica e, mais importante, educar as mulheres e os homens da classe dominante a financiar pesquisas científicas na área médica”.(Grasby, 1967) Segundo este autor nos 10 anos que seguiram a publicação do relatório a Fundação Rockefeller doou aproximadamente US\$15.000.000 para a educação médica.

O período abolicionista foi seguido pelo aumento do prestígio dos hospitais e, de forma particular, das maternidades. Dentre outros aspectos este aumento de prestígio foi impulsionado pela crescente vinculação dos hospitais com as escolas de medicina e pelo fato destas escolas terem o hospital como principal área de atuação médica. A partir de 1910, após a publicação do Relatório Flexner consolida-se a hegemonia de um modelo, onde o atendimento é centrado no hospital, baseado, segundo Da Ros (2000. p.10) em “*uma lógica biologicista, com uma concepção mecanicista e fragmentada do corpo humano*”.(Ros, 2000)

As maternidades tornaram-se laboratórios, locais para o teste de novas tecnologias. Importante lembrar que nesta época a maioria das “pacientes” era composta por mulheres majoritariamente solteiras e de baixo nível sócio-econômico e, portanto, com menor poder de reivindicação de seus direitos, e mais facilmente sujeitas a uma posição de submissão facilitando a transformação da forma de olhar do médicos — transformando-se em casos.

Wertz (1989, p.136) descreve esta situação alegando que:

“os médicos olhavam [as mulheres] cada vez mais como ‘casos’, casos de parto difícil ou patológico e menos como pessoas. É o processo que interessava ao médico; é o

ato de curar a doença ou auxiliar o processo dificultoso [do parto] que traz satisfação e status. (...) A medida em que foi capaz de controlar o processo com maior habilidade para o benefício da vida da paciente, tendeu a ficar cada vez menos interessado no restante da vida dessa pessoa. (...) Os médicos ficavam satisfeitos em possuir pacientes das classes mais pobres por terem a possibilidade de observação do processo reprodutivo. Agir desta maneira com as mulheres de classe social mais elevada seria impossível, não somente por motivos morais, mas porque essas mulheres exigiam um atendimento mais humano. Mas o que os médicos aprendiam com as primeiras, aplicavam nas últimas, quando a emergência do caso assim o solicitava.”(Wertz;Wertz, 1989a)

A necessidade crescente de se controlar cada vez mais a paciente, com o intuito de prestar-lhe algum tipo de tratamento, foi estreitando o olhar dos obstetras sobre o “todo”. Os tratamentos, por sua vez, adquiriram uma maior precisão, rotinas foram escritas, modelos propostos.

Outro aspecto na institucionalização do parto é a sua relação com a febre puerperal. Baseando-se no modelo de atenção desenvolvido durante a guerra civil as maternidades estabeleceram uma rotina para prevenir a doença. Os médicos assumiram que a origem da doença encontrava-se no próprio ambiente hospitalar, portanto instituíram a lavagem das enfermarias com ácido carbólico a intervalos regulares, e exigiam que as enfermeiras trocassem os uniformes freqüentemente. Eles também assumiram que a paciente era co-responsável pela infecção, e deveria sempre ser tratada como portadora dos germes que poderiam conduzir à própria morte. Pacientes oriundas dos bairros mais pobres vestiam roupas sujas e eram parasitadas por piolhos, e estas eram boas razões para terem suas roupas confiscadas e seus cabelos raspados. O enema, prática antiga, tornou-se rotina devido ao medo que o esvaziamento intestinal na hora do parto aumentasse o risco de infecções.

Wertz (1989, p.137) relata a rotina, implementada por William Goodell da Filadélfia e professor de doenças da mulher na Universidade da Pensilvânia, em 1874 com o intuito de controlar a febre puerperal, salientando que o que chama mais a atenção é que esta rotina nivela todas as mulheres como portadoras da doença:

“Quando a paciente ingressa no hospital, alguns dias ou semanas antes do parto, é oferecido pequenas doses de quinino, na época um tipo de profilaxia para qualquer propósito [amplo espectro]. Cada mulher recebia drogas para constipação intestinal, dores de cabeça e sonolência. Quando iniciava o trabalho de parto, cada uma recebia laxantes e banho. O médico, então, rompia o saco amniótico, aplicava o fórcepe para acelerar o processo, fornecia ergo¹⁵ após o desprendimento da cabeça, e acelerava a saída da placenta. Após o corte do cordão e novo banho, fornecia-se morfina de hora em hora e mantinha-se o uso do quinino ‘até os ouvidos zumbirem’.”(Wertz;Wertz, 1989a)

Ainda segundo Wertz (1989, p 137) Goodell acreditava que estas rotinas garantiam maior segurança e conforto para o parto hospitalar quando comparado ao domiciliar.

O mesmo autor, na página 137-139, cita outra rotina, implementada do Sloane Maternity Hospital em Nova York, a partir de 1900:

“Cada paciente do Sloane recebia um enema logo após a admissão e a partir daí uma ducha vaginal com mercúrio, o anticéptico favorito. As enfermeiras lavavam os cabelos das pacientes com querosene, éter e amônia, os mamilos e o umbigo com éter; raspavam os pelos pubianos das mulheres pobres e cortavam com tesoura os pelos das mulheres mais ricas, assumindo que as pobres eram mais contaminadas. O enema era repetido a cada 12 horas e continuavam a aplicar a ducha vaginal durante e após o parto com soro fisiológico acrescido de uísque ou mercúrio.”(Wertz;Wertz, 1989a)

Ironicamente o hospital — que, em comparação com o domicílio, era mais “sujo”, mais contaminado e possuía cepas de bactérias mais resistentes — por um lado obrigou a introdução de rotinas rigorosas e, talvez, necessárias na época para controlar a febre puerperal, por outro contribuiu, também de forma inquestionável para que a sociedade viesse a assumir que a gravidez, o parto e o nascimento eram processos com alto potencial patológico e que alguma forma de cuidado especial ou tratamento era necessário para salvar a vida da mulher e da criança.

Em torno de 1920 a sociedade americana já demonstrava uma mudança na forma de pensar o parto. O parto eutócico e sem necessidade de intervenções, era tão raro que poderia ser considerado como virtualmente inexistente. Alguns autores consideram DeLee como um dos principais responsáveis pela divulgação e aceitação deste estilo de

¹⁵ metil-ergonovina: uterotônico potente, hoje com indicações muito reduzidas. Nota do autor

pensamento.(Everett;Taylor, 1976; Pilkington;Cunningham;Johnson, 1963) Naquela época e por algumas décadas após, DeLee, um obstetra preeminente em Chicago, exerceu uma influência marcante sobre o ensino e sobre o pensamento dos obstetras, seja através de seu livro texto *“Principles and Pactices of Obstetrics”*¹⁶, seja através da editoração do *“Yearbook of Obstetrics”*, cargo que ocupou por quase quatro décadas.(Graham, 1997a)

No encontro anual da American Gynecological Society (AGS)¹⁷ de 1920 DeLee apresentou o seu mais paradigmático trabalho intitulado: *The Profilactic Forceps Operation*.(Delee, Jos B, 1920b) Neste trabalho DeLee apresentou um método de abordagem ao parto normal onde afirmava que *“The ‘Prophylactic forceps operation’ (...) is a rounded technique for the conduct of the whole labor, with the defined purpose of relieving pain, supplementing and anticipating the efforts of Nature, reducing the hemorrhage, and preventing and repairing damage.”*(Delee, Jos B, 1920b) A episiotomia profilática era um dos mais importantes procedimentos propostos, neste “pacote” de medidas introduzido por DeLee. Em essência este modelo de atenção propunha: a infusão de morfina (analgésico potente) e escopolamina (provoca amnésia anterógrada) durante o primeiro estágio do parto, episiotomia, alocação do fórceps, injeção de derivados do ergot e ocitocina para a prevenção da hemorragia pós-parto, extração manual da placenta, episiorrafia, infusão de mais morfina e escopolamina com o intuito de abolir, tanto quanto possível, a memória do parto.

Muitas autoridades consideram a adoção e defesa deste método por DeLee — que incluía tanto o fórceps profilático como a episiotomia profilática — a sua mais importante contribuição para a Obstetrícia.(Everett;Taylor, 1976) Além disso, este trabalho e o que ele advogava representa, segundo alguns especialistas a pedra fundamental da Obstetrícia Moderna.(Graham, 1997a; Wertz;Wertz, 1989a)

“Probably the most influential exponent of routine interventions in normal birth was Dr. Joseph B DeLee o Chicago, whose 1920 article ... became a benchmark for obstetrical practice. DeLee urged that two interventions, outlet forceps and episiotomy, be made routine in normal delivery.”(Wertz;Wertz, 1989a)

¹⁶ A primeira edição foi publicada em 1913, ele permaneceu como único autor até a sétima. O livro chegou na décima terceira edição, com ajuda de colaboradores, em 1965.

¹⁷ A AGS é considerada o embrião do atual Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG).

A filosofia contida no trabalho de DeLee representava um “olhar” preventivo e a melhor das intenções dos obstetras da época e, ao mesmo tempo em que se originou a partir de observações e experiências institucionais, veio a estabelecer uma grande influência sobre os partos hospitalares. Em torno de 1930 seu método era considerado uma normativa em muitos hospitais, por estar totalmente de acordo com a nova visão de mundo, onde a confiança e a responsabilidade sobre os bons resultados foi transferida da mulher para o médico. A proposta de DeLee não obteve sucesso em outros países, particularmente na Europa, onde a maioria dos partos era domiciliar e atendida por parteiras e, onde se observava uma incidência baixa de lacerações perineais.(Wertz;Wertz, 1989a)

De Lee sintetiza o pensamento da época sobre o parto, de forma metafórica e eloqüente, justificando desta forma sua proposta:

“Labor has been called, and still is believed by many to be, a normal function. It always strikes physicians as well as laymen as bizarre, to call labor an abnormal function, a disease, and yet it is decidedly a pathologic process. Everything, of course, depends on what we define as normal. If a woman falls on a pitchfork, and drives the handle through her perineum, we call that pathologic — abnormal, but if a large baby is driven through the pelvic floor, we say that is natural, and therefore normal. If a baby were to have his head caught in a door very lightly, but enough to cause cerebral hemorrhage, we would say that is decidedly pathologic, but when a baby’s head is crushed against a tight pelvic floor, and a hemorrhage in the brain kills it, we call this normal, at least we say that function is natural, not pathogenic.

In both cases, the cause of the damage, the fall on the pitchfork, and crushing of the door, is pathogenic, that is disease producing, and in the same sense labor is pathogenic, disease producing, and anything pathogenic is pathologic or abnormal.”(Delee, Jos B, 1920a)

No diálogo estabelecido sobre a supremacia da tecnologia sobre a natureza DeLee também foi emblemático. Seu pensamento coadunava com a sociedade da época. Ele afirmou:

“... I have often wondered whether Nature did not deliberately intend women should be used up in the process of reproduction, in a manner analogous to that of the salmon, which dies after spawning. Perhaps laceration, prolapse and all the evils soon to be mentioned are, in fact, natural to labor and therefore normal, in the same way, as the death of the mother salmon and the death of the male bee in copulation, are natural and normal. If you adopt this view, I have no ground to stand on, but, if you believe that a woman after delivery should be as healthy, as well, as anatomically perfect as she was before, and that the child should be undamaged, then you will have to agree with me that labor is pathogenic, because experience has proved such ideal results exceedingly rare.”(Delee, Jos B, 1920a)

O pensamento deste autor era reflexo das disposições e melhores intenções dos obstetras da época, e, sem dúvida, desempenhou um papel importante na afirmação do obstetra enquanto o profissional mais adequado a atender qualquer tipo de parto, como também influenciou a passagem do parto domiciliar para o hospital. Sobre os obstetras e a importância de sua intervenção em relação ao pensamento da época ele ainda escreveu:

“As obstetrics specialists, we must lead the way in improvements or our art, for this is still capable of improvement. The public is demanding with a voice that becomes louder and more insistent each year, relief from the dangers of childbirth for the childbearing woman. As regards the pain, the rapid spread of the twilight sleep eraser will show that the demand for ‘tokophobia’ is spreading among women.”(Delee, Jos B, 1920a)

Por volta de 1930 suas propostas tornaram-se rotina em grande número de hospitais, e influenciaram de forma marcante algumas gerações de obstetras. Em 1973, nos EUA, ainda se discutia a aplicação do fórcepe profilático, buscando-se justificativas científicas para sua aplicabilidade.(Niswander;Gordon, 1973)

Quais teriam sido as razões para que os médicos organizassem seus trabalhos baseados no atendimento hospitalar?

Sugere-se que tenham sido influenciados pela nova organização do trabalho e , que ao centralizar e controlar o espaço de trabalho estariam contribuindo para a formação de uma nova elite como as dos “capitães da indústria”. Talvez pensassem que a institucionalização do parto trouxesse prestígio e poder, mas, no início do século XX provavelmente haveria razões mais imediatas para alavancar esta transformação.

Uma destas razões pode ser a conveniência. Os obstetras que vinham desenvolvendo suas habilidades nos hospitais não encontravam espaço para atuação nos domicílios, em parte pela impossibilidade de carregar todos os apetrechos necessários para o acompanhamento do parto, em parte pela ameaça de seu status. Entrar no domicílio da parturiente, conviver com sua família, envolver-se consumia tempo e comprometia a autoridade médica.

Com o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico e tratamento, os obstetras começaram a valorizar a origem biológica da doença e das complicações do parto. Isto levou ao esquecimento das causas sociais, culturais e psicológicas das complicações ou doenças da gravidez; o que conduziu ao pensamento de que os médicos pouco poderiam fazer pelas causas sociais, ambientais ou psicológicas e o correto seria tratar adequadamente o problema quando este surgisse, o que pouco poderia ser feito caso não estivesse no hospital. O parto hospitalar, mais do que o domiciliar constituía em uma maneira mais eficaz do uso das habilidades médicas, que restringia-se a tratar as doenças, mais do que preveni-las. (Wertz;Wertz, 1989a)

Este paradigma contribui para a criação de uma dicotomia entre a antiga forma de cuidar, onde o compromisso era com a prevenção, conforto e apoio psicológico e a “moderna” onde prevalece o papel meramente curativo da obstetrícia. O status do profissional não mais residia na sua habilidade em acolher, aconselhar, cuidar e prevenir doenças ou complicações, mas na sua habilidade de curar doenças, resolver complicações e lidar com as novas tecnologias. No hospital estes atributos “menores” ficavam a cargo de profissões hierarquicamente inferiores como as enfermeiras, assistentes sociais e religiosos. Esta divisão do trabalho, ao liberar os médicos destas atribuições, permitia o melhor uso de suas habilidades ao focalizar a atenção na cura das doenças

Outra razão para justificar a rápida migração do parto para os hospitais reside no fato de que os médicos necessitavam de campo de estágio para o desenvolvimento de suas técnicas com um suprimento regular de pacientes. O hospital se tornou um laboratório e a escola ao redor do qual a obstetrícia se desenvolveu e organizou-se.

A Obstetrícia no Brasil

Se a assistência médica era precária, nos primeiros três séculos de existência do Brasil, o que dizer a assistência obstétrica? É preciso, segundo Aguiar (1960) “*que se tenha bem viva a noção do pudor então prevalente e se imagine o obscurantismo em que se*

processavam o parto e demais auxílios às mulheres pejadas. Obstetras não haviam. Existiam, sim, mulheres curiosas; geralmente matronas, assim intituladas pelo fato de haverem tido muitos filhos e possuírem experiência para assistir a outrem. Gozavam do maior prestígio...”(Aguiar, 1960)

A vinda da família real para o Brasil, em 1808, representou um marco para a medicina nacional. Fundou-se nesta época o ensino médico. Joaquim Mazarém foi o primeiro professor de obstetrícia, ministrava suas aulas no Hospital Militar do Rio de Janeiro regendo a “*Cadeira de partos, moléstias de mulheres pejadas e paridas e de meninos recém-nascidos.*”(Aguiar, 1960)

Em 1830 é criado na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro um serviço de emergência obstétrica admitindo-se no serviço a parteira francesa Stéphanie Marie Warmouth.

Em 1847 é criada a Maternidade da Santa Casa de Misericórdia, “*creando uma enfermaria destinada especialmente para partos, (...) foi nomeado para ella o Doutor Rodrigo Soares Cid de Bivar.*”¹⁸ Do qual não se tem registro de sua competência em atender às grávidas e parturientes.

Esta maternidade não chegou a desfrutar prestígio e no fim do século todos a acusavam de oferecer condições sanitárias precárias, atraindo comentários como os feitos por Érico Coelho no final do século: “*A imunda enfermaria conhecida irrisòriamente por alcunha de Maternidade da Faculdade.*”(Aguiar, 1960)

Na comemoração dos 100 anos de independência, Fernando de Magalhães afirma não ter o que se comemorar no que diz respeito à situação científica da Ginecologia e da Obstetrícia no Brasil. (Magalhães, 1922)

Após a independência permaneceram no Brasil alguns professores portugueses que lecionavam nas duas escolas médicas em Salvador e no Rio de Janeiro. Estas escolas diferiam em suas filosofias de ensino.

No Rio predominavam os ensinamentos teóricos, proferidos por professores que estavam distanciados da prática diária e que não obtiveram destaque científico na época.

¹⁸ Actas e têmos das sessões e deliberações da Administração da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro nos anos de 1830 a 1840. Tipografia Jornal do Comércio. Rio de Janeiro. 1848. Apud Aguiar (1960).

Esses professores com o intuito de impedir a frutificação de novos mestres pouco escreviam. Os alunos repetiam-se uns aos outros em suas teses de doutoramento, levando a uma monótona repetição de assuntos por vários estudantes de turmas sucessivas.

“...era antes bem visível, no Rio de Janeiro, a preocupação, garantida uma dynastia de ensinantes, reduzir o numero dos habilitados na arte, para restringir a concurrencia ao officio.” (Magalhães, 1922)

Se por um lado o mercado era mantido através do controle do saber, por outro estes médicos eram obrigados a disputar, em desvantagem, com as mulheres. Essas venciam os professores e a *“assistência ao parto, ou era uma occupação feminina habitual, ou, de quando em quando, impunha a interferência de um dos maioraes. Não havia transição; da aparência boçal, ruminando a feitiçaria ou praticando a especiação sórdida, no momento imperiosos, ia-se logo ao saliente no officio.”* (Magalhães, 1922)

O ensino prático veio somente após 30 anos, mas, ainda segundo Magalhães, em local inapropriado o que refletiu negativamente sobre o ensino que se mantinha *“pouco cuidado e impróprio. O curso theorico, honesto, não teve elevação; o pratico não logrou entusiasmo; o seu servidor preferiu alheiar-se delle os seus attributos e a única feição obstétrica que a cadeira tem possuído é a difficuldade na sua execução. (...) Dystocia por toda a parte; um meio pobre e hostil; os dirigentes em litígio; o ensino sem reponsavel. Por fim, como nos casos concretos da clinica, após a dystocia, a inercia”*. (Magalhães, 1922)

Esta obstetrícia alicerçada em uma teoria fraca e desde seu início centralizada no hospital passou a ser uma “anomalia”. (Magalhães, 1922) Desde seu nascimento não teve prestígio profissional, os professores não deixaram discípulos, não criaram escola e, por último, *“a preocupação extra-profissional degenerou em decadência e entorpecimento.”* (Magalhães, 1922)

Na Bahia o ensino teórico foi entregue a professores sem destaque. O ensino prático teve maior peso nesta escola. Os mestres eram reconhecidos por toda a comunidade, conseguiram inaugurar a Maternidade da Bahia, considerada a melhor do Brasil, onde, segundo Magalhães, redimiu o ensino obstétrico nacional, alavancado por seu fundador o Dr. Climério de Oliveira.

Durante aproximadamente 30 anos a Obstetrícia era patenteada e sua execução um privilégio. *“Cumpre reconhecer que os professores, retrahidos e sem iniciativa,*

implantaram a focalização da clínica praticante em torno dos seus nomes. Seria acaso ou propósito? Ninguém tem o direito de decidir nisto com isenção, mas qualquer suspeitará, sem malícia, do proveito proporcionado pela praxe do culto fechado da especialidade.”(Magalhães, 1922)

Se esta foi a origem de nossa Obstetrícia, 100 anos depois ainda não havia muita diferença. *“A decadência do ensino está em desacordo com o adiantamento da especialidade. O antagonismo provem de se ter feito a especialização em cursos de aperfeiçoamento, no paiz e fora d'elle, à própria custa. (...) A produção deficiente explica-se pela canceira da profissão, pouco confortavel e desejosa de repouso nos momentos de lazer.(...) Em todo paiz, com edificio proprio, só há 10 maternidades, de reduzido espaço e pequena representação. (...) para o Brasil inteiro, ao que foi possível computar, há cerca de 400 leitos destinados as mulheres em transe de parturição ”* (Magalhães, 1922)

Apesar deste quadro clínico reconhecidamente patológico com resultados para as mulheres e seus filhos desalentadores o preconceito e o rancor contra as parteiras permaneciam: *“Os parteiros de hoje conhecem as doutrinas modernas e actuam com boa technica, mas de mistura com elles intromettem-se os que do assumpto não entendem. O sexo dá attributo de capacidade a mulheres incultas, primando pela selvageria de suas determinações superticiosas; a meia sciencia, ou antes a pouca sciencia, adquire presumpção de summidade, por inveterada permanência no atrazo e no erro, orgulhosamente exhibida com o titulo de pratica velha e respeitável.”* (Magalhães, 1922)

Independentemente da análise que possa ser feita a verdade é que a Maternidade da Santa Casa não logrou obter respeito por parte da comunidade, embora tenha mantido seu caráter de maternidade-escola durante todo este período. Em 1º de outubro de 1959, *“Retoma o destino da Maternidade o seu fio. Serviço Universitário sempre fora. Do ensino sempre vivera. Com o retorno da cadeira de Clínica Obstétrica da antiga Faculdade Hahnemaniana e agora Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, cumpre-se mais um ciclo daquela enfermaria, surge rediviva a “Maternidade Faculdade”, toma posse, então o Professor Jorge de Rezende e a sua “plêiade de assistentes.”*(Aguiar, 1960)

Inaugura-se, assim, no Brasil, a obstetrícia moderna entendida como *“...parte da Medicina que estuda os fenômenos da reprodução, na mulher. Ocupa-se, assim, com a gestação, o parto e o puerpério — investigando-lhes a fisiologia, a patologia e os acidentes — e dita as regras de sua assistência, em circunstâncias normais e sob condições anômalas. Os cuidados que se dispensam à mulher pejada e ao seu produto,*

durante o ciclo grávido-puerperal, constituem a prática obstétrica, aperfeiçoada pela experiência imemorial, e constantemente a aprimorar-se com os conhecimentos teóricos que a pesquisa, a clínica e a observação sugerem.”

“Os âmbitos da Obstetrícia, suas cogitações doutrinárias e aplicações práticas corporificaram, no currículo médico, disciplina de singular complexidade. Os estudos teóricos elevaram-lhe o nível e a dignidade, alçando-a a ombrear-se com as demais artes biológicas. Sua prática, requerendo aprendizado específico, exige do tocólogo o domínio de especializada técnica cirúrgica, por vezes difícil, sempre delicada e a reclamar execução escrupulosa, ao lado das argúcias de clínico, forrado de boa cultura.”

“A Obstetrícia progrediu mui lentamente, em comparação às outras especialidades médicas, e palmilhando caminhos quase impérvios fê-lo guiada pela ignorância e pouco discernimento das parteiras, a transmitirem, de geração a geração, práticas desarrazoadas, feitiços e crendices, bebidas repugnantes e flagelações, que complicavam a parturição, dilaceravam a genitália, infectavam-na e ao ôvo, condicionando e propiciando sua morte no claustro materno ou da própria gestante.”(Rezende, J., 1962)

Para efeito do entendimento da gênese do modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento o que ficou registrado até aqui é suficiente. É incrível como esta construção de um campo de saber não vem sendo atualizada, cristalizou, mantém sua hegemonia apesar da urgência em atualizá-lo à luz de uma nova visão de mundo que não reduza a mulher a uma máquina defeituosa atendida em uma sociedade androcêntrica e tecnocrata.



CAPÍTULO IV:
A SITUAÇÃO ATUAL

CAPÍTULO IV: A SITUAÇÃO ATUAL

O autor não se propõe a apresentar uma descrição completa da situação em que se encontra a assistência obstétrica em nosso país, por não se constituir no objetivo deste ensaio. Mas, para o melhor entendimento da crítica realizada sobre o modelo hegemônico de assistência ao parto será apresentado um panorama da situação encontrada na atualidade no Brasil e em dois países que desenvolveram diferentes modelos de assistência ao parto e nascimento, os Estados Unidos da América (EUA) e a Holanda. O Brasil, apesar das marcantes diferenças econômicas e sociais, implementou a assistência aos moldes dos EUA, enquanto a Holanda apresenta um modelo de assistência distante do norte-americano, fundamentado em uma visão de mudo diferente e, portanto, importante, como será discutido à frente, para o entendimento deste ensaio.

O Brasil, país de grandes dimensões continentais (8.511.996 Km²), o 6º no mundo em extensão territorial, está dividido em cinco grandes regiões. A região Norte é a maior, ocupa 45% de todo o território nacional, mas abriga apenas 7% da população; a região Sul é a menor, 7% do território e abriga 15% da população.

Esta população, segundo o censo demográfico realizado no ano 2000, foi estimada pelo IBGE em 169.799.170 habitantes (146,8 milhões em 1991), dos quais 86.223.155 (51%) são do sexo feminino e 137.697.439 (81%) habitam as regiões urbanas. (Anexo I – Tabela nº 2)

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, baseado na aplicação do Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, o Brasil encontra-se muito próximo ao limite para ingresso no grupo de países de índice mais elevado. No entanto, observa-se uma disparidade interna significativa. Enquanto o Sul e o Sudeste podem ser inseridos na faixa superior o Nordeste situa-se na intermediária, sendo que os estados que compõem essa região encontram-se entre os mais baixos do país. (Opas;Oms, 1998)

O Brasil é considerado um dos países com desigualdades socioeconômicas mais significativas. Apesar da renda média em todos os estratos sociais ter crescido nos últimos anos a distribuição desigual fez com que as diferenças preexistentes aumentassem. A renda média dos 10% mais ricos é de cerca de 30 vezes a dos 40% mais pobres, enquanto que em outros países com grau de desenvolvimento comparável ao do Brasil é apenas 10 vezes maior. Os 50% mais pobres tiveram, entre 1960-1990, sua participação na renda nacional

reduzida de 18% para 12%, enquanto a dos 20% mais ricos elevou-se de 54% para 65%, no mesmo período.(Opas;Oms, 1998)

O perfil da educação apresentou melhoria significativa nas últimas décadas, com redução do analfabetismo, aumento do número de matriculados e crescimento da escolaridade média da população. O Brasil apresenta uma taxa de alfabetização em torno de 86% se considerarmos o período de 1997 a 1999, como pode ser observado na Tabela nº 3 (Anexo 1). Visualiza-se nesta tabela uma diferença entre as várias regiões brasileiras, diferença essa, que se acentua ao se comparar as populações urbana e rural.

A população feminina brasileira apresenta uma expectativa de vida ao nascer em torno de 71 anos no período entre 1997 e 1999, de acordo com a Tabela nº 4 (Anexo 1), onde pode-se observar um aumento de apenas 3,18 anos ao se comparar com os dados fornecidos pela OMS para o período 1986-1987(Who, 1991).

Taxas de Fertilidade mais baixas podem ser correlacionadas com a redução dos riscos associados com intervalos intergenésicos¹ menores e multiparidade, além de reduzir a demanda para imunizações, atenção pré-natal, atenção ao parto e puerpério, teoricamente diminuindo a pressão sobre o sistema público de saúde, o que poderia melhorar a eficiência do mesmo. Seria de esperar, portanto, que houvesse uma melhora das condições de saúde materna, exemplificada por uma diminuição das Taxas de Mortalidade Materna e Perinatal, “... mas, infelizmente, este coeficiente continua apresentando valores muito elevados, não condizentes com o grau de desenvolvimento do país.”(Tanaka, 1998)

Embora não estejam bem estabelecidas as razões que levaram as brasileiras a terem menos filhos, alguns cientistas identificam a alta prevalência de abortamentos provocados e o aumento no uso de métodos contraceptivos como os principais determinantes desta queda. É importante ressaltar que os principais métodos contraceptivos utilizados pelas brasileiras são a esterilização feminina e a contracepção hormonal (Tabela nº 5 – Anexo 1). As consequências destas práticas para a saúde podem ser consideradas, além de complexas, prejudiciais à saúde da população; restrições legais ao aborto, os padrões culturais tanto da classe médica quanto da população e a desinformação contribuíram durante um longo período para que as mulheres aproveitassem a ocasião do parto para realizar a cesariana com o intuito de interromper o trânsito tubário – uma das várias razões para que a taxa de

¹ Intervalo de tempo compreendido entre uma gestação e outra.

cesariana no Brasil seja uma das maiores do mundo – isto acompanhado de uma Taxa de Mortalidade Materna também das maiores.(Wb, 1999)

Estes indicadores fornecem uma fotografia de um país continente, com realidades distintas desde as típicas de um país industrializado até as que colocam o Brasil ao lado de países subdesenvolvidos. Esta característica de diversidade de resultados, como não poderia deixar de ser, se faz presente na análise da mortalidade materna.

O Coeficiente de Mortalidade Materna é um indicador de saúde importante, pois sintetiza as condições de vida e saúde das mulheres, além de expressar a desvalorização e o desrespeito à vida dessas cidadãs, assim como sublinha a incompetência do atual modelo e fornecer uma resposta adequada ao problema. Sugere, ainda, uma das contradições deste modelo de atenção, que não está preparado para atender às grávidas saudáveis e se mostra incapaz de dar resposta adequada às situações de risco materno.

Estima-se que cerca de 20% dos óbitos ocorridos no país por Morte Materna²: não sejam notificados, proporção que ultrapassa 50% em algumas localidades das regiões Norte e Nordeste.

Os estudiosos do assunto são unânimes em afirmar que a maioria destas mortes é evitável. Concordam que as principais causas e fatores que as determinam são universalmente conhecidos e, os métodos diagnósticos, profiláticos e terapêuticos já são por demais desenvolvidos.(Mora;Yunes, 1993)

Quando abordada em conjunto com indicadores maternos e fetais demonstra inequivocamente que nos países onde há a associação de um modelo de atenção ao parto sustentado por parteiras e onde a mulher exerce um maior nível de cidadania observa-se concomitantemente as menores taxas de mortalidade materna e perinatal, menores taxas de intervenções obstétricas, incluindo as menores taxas de cesariana, como poderá ser observado com o exemplo da Holanda.(Wagner, 2000a)

² Morte Materna – a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente de duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS 1987; OMS 1994), e da Morte Materna Tardia – a morte de mulheres por complicações ligadas à gravidez, parto e puerpério, de causas relacionadas com ou agravadas pela gravidez no período compreendido entre 42 dias a 1 ano do término da gestação (OMS 1994).

No que diz respeito às taxas de mortalidade materna fica claro que o Brasil (Tabela nº 6 a nº 10 – Anexo 1) não é um dos melhores lugares para uma mulher dar à luz. “(...) *morrem aproximadamente 5.000 mulheres a cada ano no Brasil, por problemas ligados à gravidez, parto e puerpério. Estima-se ainda que 98% dessas mortes poderiam ser evitadas, ou seja, 4.900 perdas não deveriam estar ocorrendo, se as condições de vida dessas mulheres e os serviços de atenção à saúde fossem melhores. Esse número de mortes corresponde à um risco igual a 141 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos, aproximadamente 30 vezes maior do que o observado nos países desenvolvidos. No Canadá, por exemplo, o risco é de 4 por 100.000.*” (Peixoto;Souza, 1996)

Considera-se uma tarefa difícil a avaliação real da magnitude do problema, haja vista que as estatísticas oficiais carecem de informações precisas devido, dentre outros problemas, aos relacionados ao subregistro de óbitos e à subnotificação da mortalidade materna. Estima-se que cerca de 20% do total dos óbitos ocorridos no país não seja incluído na elaboração das estatísticas oficiais, proporção que ultrapassa 50% em algumas localidades das regiões Norte e Nordeste.(Opas;Oms, 1998) Na década de 60, em algumas cidades da América Latina, 30 a 50% das mortes maternas não apareciam informadas no atestado de óbito.(Faúndes;Cecatti, 1991) Laurenti, em 1988, sugeriu a utilização de fatores de correção para o numerador do coeficiente de mortalidade materna, que variava de acordo com a região brasileira.(Laurenti, 1988)

No Brasil estima-se que 90% destas mortes sejam devidas às causas obstétricas diretas (Tabela nº 7 – Anexo 1), dentre essas se destacam as síndromes hipertensivas (30%), em particular a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) responsável por 90% deste segmento de mulheres. “*Sabedores de que esta patologia é facilmente controlada com um pré-natal de qualidade e que os últimos dados censitários mostraram que cerca de 75% das gestantes receberam este atendimento durante a gestação, não se justifica o número tão elevado de mortes por esta causa. Este fato permite inferir que o atendimento pré-natal oferecido à nossa população é de baixa resolubilidade, uma vez que muitas mulheres estão morrendo por essa doença que é evitável.*”(Tanaka, 1998)

As causas obstétricas diretas são mais evitáveis que as indiretas, pois dependem da qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal. Estudo realizado na França mostrou que 66% dos óbitos ocorridos no período estudado eram evitáveis, sendo que **54,1% foram devidos à inadequação da assistência, 10,8% à negligência da paciente e 2,7% à má prática.**(Bouvier-Colle *et al.*, 1991)

Segundo esse estudo, que analisou a evitabilidade e qualidade da assistência também na Holanda e Reino Unido, os problemas assistenciais ocorrem principalmente nas causas hipertensivas e nas hemorrágicas: *“a inexperiência do médico em cuidar da doença e a demora em admitir a gravidade do caso são fatores que levam à morte”*.(Bouvier-Colle *et al.*, 1991)

As síndromes hemorrágicas ligadas a gestação, parto e puerpério constituem a segunda causa de morte materna em nosso país. A conexão destas síndromes com a DHEG e com a operação cesariana revelam a baixa qualidade do modelo de assistência ao parto, onde estão associadas condições precárias de assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério, com grande dificuldade ao acesso pronto e oportuno a sangue e derivados, apontando, de forma inequívoca, para a necessidade de diminuição das taxas alarmantes de cesariana.(Tanaka, 1998)

A terceira causa é o aborto o que demonstra a completa falência da assistência à população, visto que o planejamento familiar é um direito garantido na Constituição de 1988. A morte de mulheres por aborto indica que as ações de planejamento familiar não estão funcionando adequadamente. Associado a isso, existe a questão da criminalização do aborto, que contribui para agravar ainda mais o problema, ao obrigar as mulheres a realizar a interrupção da gravidez na clandestinidade, sob condições precárias de assistência. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde são realizados 50 milhões de abortos por ano, destes, 20 milhões são realizados de forma insegura. Aproximadamente 95% dos abortamentos provocados por técnicas inseguras ocorrem nos países em desenvolvimento, causando a morte de aproximadamente 80.000 mulheres, o que equivale a 200 mulheres por dia.(Who, 1998b) O abortamento inseguro é responsabilizado por aproximadamente 13% da mortalidade materna global, o que representa 1 morte a cada 8. Esta causa de morte, no entanto, é considerada a mais facilmente evitável.(Who, 1998a) (Tabela nº 8 – Anexo 1)

As evidências demonstram a associação entre legislação restritiva e abortamento ilegal e inseguro, com taxas de mortalidade elevadas. Na Romênia, por exemplo, as mortes relacionadas ao aborto aumentaram rapidamente quando a legislação se tornou restritiva em 1966 e caiu após 1990 quando a legislação voltou a ser menos restritiva. Por outro lado, a Holanda, onde o aborto é legal e onde as mulheres têm acesso garantido ao sistema oficial de atenção médica, possui a menor taxa de abortamento em todo o planeta – 5,5 abortos por 1.000 mulheres em idade fértil por ano. Em Barbados, Canadá, Tunísia e

Turquia a legalização do aborto não foi acompanhada do aumento em suas taxas de abortamento.(Who, 1998a)

Dentre as causas de óbito, não se pode esquecer que, além das complicações anestésicas, as infecções e hemorragias estão relacionadas à via de parto, principalmente à cesariana. Esta via de parto não só pode trazer consequências no momento do parto, mas também em gestações futuras. Clinicamente são conhecidos os problemas relacionados à inserção baixa de placenta ou à retenção placentária em mulheres que anteriormente foram submetidas à cesárea, bem como a ruptura uterina, complicações estas que podem levar à morte materna.

A qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto depende tanto da instituição de saúde como do profissional que presta o atendimento. A instituição nem sempre está preparada para a atenção obstétrica e há casos de falta de sangue e derivados. Do estudo das circunstâncias em que os óbitos ocorrem pode-se concluir que há uma lacuna na formação obstétrica, principalmente a básica. Um aspecto importante para a redução da morte materna no Brasil está vinculado à necessidade urgente de as escolas médicas e de enfermagem reverem seus conteúdos de obstetrícia. Procedimentos básicos não estão sendo ensinados e os aspectos mais simples da obstetrícia muitas vezes não são diagnosticados. A obstetrícia não necessita de grandes aparatos tecnológicos. De 70% a 80% dos casos podem ser resolvidos com atendimento clínico.(Tanaka;Mitsuiki, 1999)

Outro fator é a falta de quadros de pessoal qualificado, que possa evitar as mortes por hemorragia nas primeiras duas horas pós-parto, decorrentes da falta de assistência nesse período.

O tipo de parto é um dos fatores que contribuem para a morte materna. Hoje se sabe que o parto por cesariana expõe a mulher a um maior risco de complicações e morte.

“A falsa associação de causa-efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a diminuição da mortalidade perinatal foi responsável por um respaldo pseudocientífico para o aumento indiscriminado da prática de cesarianas em todo o mundo ocidental e particularmente no Brasil.”(Cecatti;Pires;Goldberg, 1999)

Infelizmente, não se dispõem de dados nacionais sobre mortalidade materna por via de parto, o que impossibilita a construção desse coeficiente. A pesquisa feita por Tanaka e Mitsuiki (1999) mostrou que, para os 15 municípios estudados, **a taxa de morte materna por cesariana foi 3,7 vezes maior do que no parto normal**, cujos coeficientes foram de

46,20 e 12,57 por cem mil nascidos vivos, respectivamente. No município de São Paulo, em 1996, ela foi 2,7 vezes maior e, em 1997, foi duas vezes maior.(Tanaka;Mitsuiki, 1999) (Tabela nº 9 – Anexo 1)

É importante relatar que o maior coeficiente de mortes maternas por cesárea pode ser decorrente das condições de saúde das mulheres ou de as mesmas estarem mais predispostas a complicações por terem feito cesárea anteriormente e, portanto, apresentarem maior risco de quadros hemorrágicos.(Enkin *et al.*, 1995) Alguns estudiosos afirmam que, **em procedimentos realizados em condições equivalentes, a morte por cesárea é maior que em parto normal.**(Hall, M.H., 1994; Notzon, 1990) Hall (1999) em um estudo com a participação de 153.929 mulheres, demonstrou um risco de morte materna 2.84 vezes maior relacionado à cesariana eletiva comparada ao parto normal.(Hall, M H;Bewley, 1999)

Embora considerando que no Brasil algumas cesarianas são feitas em mulheres em estado grave de saúde, o que dificulta que se relacione o óbito ao procedimento cirúrgico, o risco de morte por este procedimento é, mesmo assim, maior do que no parto normal.

Autores de países onde foi desenvolvido outro modelo de atenção ao parto, como a Holanda e Inglaterra, dentre outros, consideram a Taxa de Mortalidade Materna e a Taxa de Mortalidade Infantil inadequadas para a avaliação das práticas obstétricas. Alegam que devido à elevada queda da mortalidade materna e infantil as variações nestas taxas são mais devidas ao acaso e não se prestam mais para análises estatísticas. Os mesmos autores sugerem a discussão sobre novos indicadores e incluem as taxas de neomortalidade como uma das que deveriam se levadas em consideração. Alertam, ainda, para o fato que as seqüelas permanentes passam despercebidas e não são utilizadas para a avaliação dos serviços de atenção obstétrica, pois geralmente tais avaliações se restringem a considerar a taxa de mortalidade, índice de APGAR ou valores baixos de pH mensurados no sangue do cordão. Isso aponta para a necessidade de um sistema informático que consiga trabalhar em conjunto com os dados colhidos no período perinatal com os colhidos na infância.(Paterson *et al.*, 1991)

A mortalidade no período perinatal “representa, atualmente, o principal contingente dos óbitos nos menores de um ano, e a sua redução aparece como um desafio, não só para os serviços de saúde, como para a sociedade em geral.”(Maranhão;Joaquim;Siu, 1999) A maioria das mortes neonatais ocorre na primeira semana de vida, sendo que 36% dessas mortes ocorre no 1º dia.(Maranhão;Joaquim;Siu, 1998) No Brasil, segundo dados do

DATASUS apresentados na Tabela nº 11, a Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (0 a 6 dias) é de 16,66 para o período de 1997 e 1998, variando de 23,15 na Região Nordeste a 10,29 na Região Sul, uma diferença de 12,86. . A Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (7 a 27 dias) para o mesmo período é de 4,45, 6,34 e 3,18 para o Brasil, Região Nordeste e Sul respectivamente. Mais uma vez, os dados revelam a existência de diferenças significativas entre as regiões brasileiras.

“Sabe-se que as causas subjacentes desses óbitos estão intimamente vinculadas às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida das mulheres e da família, assim como ao processo de atendimento durante a gestação, parto, pós-parto e cuidados imediatos ao recém-nascido.”(Maranhão;Joaquim;Siu, 1999) Assim sendo, se por um lado é de suma *“importância a discussão e a promoção de intervenções multi-setoriais, dirigidas à melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres”*,(Maranhão;Joaquim;Siu, 1999) por outro, estes dados apontam para a necessidade de estudos sistematizados nas maternidades, o que poderia ser facilitado se essas adotassem a rotina de discussão de todos os casos e a utilização de prontuários padronizados e informatizados, como sugere o Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP).(Clap, 1994)

Em relação aos partos observa-se que apenas 1% dos partos ocorre em domicílio e uma tendência ao crescimento da utilização de hospitais para a realização do parto no período 1994 a 1998.

A operação cesariana foi realizada em 38% dos partos no mesmo período, contrastando com a baixa utilização do fórcepe, apenas 1,6% (Tabela nº 12 – Anexo 1). Na Tabela nº 13 (Anexo 1) constata-se uma diferença significativa entre as regiões brasileiras, sendo a menor taxa observada na região nordeste (24,3%) e a maior no Centro-Oeste (48,7%).

A distribuição do percentual de cesariana de acordo com a idade materna mostra que, ao contrário do que era de se esperar, é menor nos extremos da faixa etária, como pode ser observado no Gráfico nº 1 (Anexo 1).

Os dados publicados sobre as complicações da gravidez em adolescentes são contraditórios e de difícil interpretação devido, dentre outros aspectos, aos fatores de confusão advindos das relações com o social e, também, à qualidade dos serviços de assistência pré-natal e às deficiências de registro.(Barron, 1986)

Estas adolescentes, segundo alguns autores estão sob risco de deficiência nutricional e doenças sexualmente transmissíveis,(Hardy *et al.*, 1984; Mearney, 1987) assim como uma maior taxa de partos prematuros.(Duplessis;Bell;Richards, 1997; Lao;Ho, 1997) Outros autores afirmam que as complicações médicas associadas à gravidez na adolescência incluem: anemia, infecções do trato urinário, hipertensão induzida pela gravidez, parto prematuro e baixo-peso ao nascer, uma maior requisição de analgesia, **parto operatório**, menores intervalos intergenésicos e síndrome da morte súbita.(Babson;Clarke, 1983; Duplessis;Bell;Richards, 1997; Mearney, 1987)

A OMS desenvolveu, em 1985, um valor esperado para as taxas de cesariana em uma determinada região a partir da análise de dados dos países que apresentavam as menores taxas de perimortalidade no ocidente e da observação de que somente 15 % das cesarianas são decorrentes de indicações médicas. (Who, 1985) Adotando-se o valor-teto preconizado de 15% como referencial, observa-se uma sobre-taxa de 23% no território nacional, o que representa uma estimativa de 3.333.277 cirurgias desnecessárias entre aquelas realizadas entre 1994 e 1998.(Datasus, 2000)

Em primeiro lugar, é necessário destacar que a operação cesariana é um componente importante de uma prática obstétrica adequada. Quando há uma indicação médica estrita — entendida como aquela que salvaguardaria a saúde ou a vida da mãe e/ou da criança — a cesárea pode ser considerada como um dos maiores avanços na prática obstétrica, podendo inclusive, ser entendida como um dos fatores de humanização do atendimento. Por outro lado, uma intervenção criada para proteger a vida da mãe e da criança, quando indicada e realizada adequadamente, torna-se um perigo para um ou para ambos, quando utilizada somente par a conveniência do médico ou da mãe, ou como resultado das incongruências do sistema de saúde. (Faundes;Cecatti, 1991)

Em segundo lugar, surge o questionamento sobre qual seria a taxa ideal de cesariana. A Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que não se pode justificar, do ponto de vista médico, taxas de cesáreas superiores a 15%.(Who, 1985) Outros autores a situam entre 7%,(Francome;Savage, 1993) e outros sugerem a taxa ideal de 14%, aceitando variações entre 10 e 18%, não devendo, em hipótese alguma, superar os 20%.(Porreco, 1990) Países desenvolvidos, onde a população tem mais garantias de acesso à alta tecnologia do que no Brasil, apresentam taxas mais próximas às defendidas pela OMS e, como na Inglaterra, Holanda e Japão, dentre outros, ainda menores (Gráfico 2 – Anexo 1).

O aumento nas taxas de cesariana é quase universal. Políticas de países demonstram preocupação com este aumento estabelecem normas e rotinas para tentar impedir esta tendência, a Holanda, por exemplo, acaba de criar uma “Força Tarefa” com a intenção de interromper o crescimento e diminuir a atual taxa de **13,4%**. O Brasil (Gráfico nº 3), particularmente na Região Sul (Gráfico nº 4) apresenta altas taxas (concentradas nas mulheres de baixa renda e baixo risco, segundo o relatório do Banco Mundial^{*}), elevando substancialmente os custos do setor público e as complicações pós-operatórias.

Em 1991, Faúndes e Ceccatti já apontavam os fatores que influenciavam na alta frequência desta cirurgia, considerando como os mais importantes: os sócio-culturais, os relativos à organização da assistência obstétrica, além de fatores institucionais e legais, como a cesárea para justificar a laqueadura.(Faundes;Cecatti, 1991)

Berquó afirma que fica patente neste país “um abuso da moderna tecnologia reprodutiva”, sendo o Brasil um caso único da associação entre uma elevadíssima prevalência de partos cirúrgicos e o predomínio de uma contracepção igualmente cirúrgica. Ela alerta para o sério problema de saúde pública resultante desse quadro, com conseqüências tanto na morbimortalidade materna e perinatal quanto no aumento desnecessário nas contas do setor saúde, configurando o que chama de uma “cultura da esterilização.”(Berquó, 1993)

Este modelo de assistência, além de contraproducente, leva a uma piora na saúde reprodutiva. Assumindo-se que não haja qualquer complicação, o gasto com uma cesariana é pelo menos o dobro do parto normal. No Brasil, segundo o Banco Mundial em seu World Development Report de 1993, foi estimado um gasto anual de US\$60.000.000,00 com cesáreas desnecessárias,(Freitas, 1999) recursos estes, que se bem aplicados, poderiam estar ajudando a melhorar a vergonhosa situação do setor público em nosso país.

O excesso nas indicações de cesarianas é apenas um dos aspectos do aumento da medicalização da atenção ao parto e nascimento. Este aumento é reflexo de aspectos sócio-culturais, da forma como os serviços de obstetrícia estão organizados, assim como fatores institucionais, legais e financeiros. Para clarificar esta idéia basta ler a declaração apresentada pelo Dr. Gilberto Lopes da Silva Júnior, ao afirmar que o parto normal vai virar “coisa de museu” em poucos anos. Diretor da Casa de Saúde Santa Helena em São

^{*} Human Development Network . The World Bank. 1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433

José do Rio Preto, SP, ostenta orgulhosamente a taxa de 98,3% de cesárea em sua clínica. Ele defende a cesariana baseado em quatro motivos: mais conforto e menos dor; riscos reduzidos; o procedimento cirúrgico é mais conhecido pelos médicos e o fato de mulheres submetidas ao parto normal terem que ser submetidas a cirurgias corretivas de lesões na vagina, útero e bexiga! (Parto normal vai virar coisa de museu, diz médico, 2000) Estas declarações que contrariam todas as recomendações da OMS, Ministério da Saúde e a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), entidades estas, empenhadas na recuperação da arte na obstetrícia, e cada vez mais apoiadas pela “medicina baseada em evidências”.

Segundo Formiga, ex chefe do Programa de Assistência à Mulher do Ministério da Saúde, 68% do total de mortes por afecções perinatais são devidos aos nascimentos de prematuros e desnutridos e o índice de cesarianas é uma das principais causas de nascimento de bebês prematuros. “Por falta de treinamento, muitos médicos terminam calculando mal a idade gestacional e fazem a cesariana antes do que deviam” (FSP, 18/09/96). Os altos custos humanos e materiais desse quadro podem ser estimados se considerarmos um risco de prematuridade, aumentando em 60% nos casos de cesárea associada à laqueadura.

Por sua vez, nos Estados Unidos da América (EUA) o número de nascimentos foi de 4.064.984 no ano 2000, o que equivale a um aumento de 3% sobre 1999 (3.959.417). A Taxa de Fertilidade foi de 67,6 — aumento de 3% em relação ao ano 1999 (65,9). Este é o terceiro ano consecutivo que os EUA apresentam um aumento nessa taxa.

Diferenças marcantes podem ser verificadas entre os grupos étnicos. A Taxa de Fertilidade calculada entre as mulheres de origem hispânica no ano 2000 foi de 105,9, 80% superior às não hispânicas (58,7), essas representam o grupo com a menor taxa. Tais taxas entre as mulheres negras (71,4) e índias (71,3) são bem menores do que as das hispânicas e maiores do que as brancas.

A Taxa de Natalidade para mulheres adolescentes foi de 48,7 nascimentos para 1.000 mulheres. Estes números refletem uma tendência ao declínio – 2% sobre 1999 (49,6) e 22% menor do que em 1991 (62,1). Para a faixa etária entre 10 a 14 anos esta taxa apresenta-se estabilizada entre 1999 e 2000 em 0,9 nascimentos por 1000 mulheres. No entanto, o número de nascimentos caiu 5% de 9.054 para 8.561, o menor número em 30 anos.

No ano de 1999 os partos, em sua grande maioria (91,7%) foram atendidos por médicos em ambiente hospitalar, o que caracteriza a hegemonia médica neste modelo de atenção. No entanto, a participação do médico está gradativamente caindo, em 1975 de 98,4%, ao passo que em 1998 esta participação foi de 91,9% e. Dos partos atendidos por médicos 4,4% o foram por osteopatas (DO) enquanto os restantes por outros médicos (DR). O percentual de partos atendidos por parteiras aumentou entre 1975 (1,0%) e 1999 (7,7%). Esses partos ocorreram predominantemente em hospitais e 95% destas parteiras são *Certified Nurses Midwives (CNM)*.(Martin;Hamilton;Ventura, 2001)

Em 2000 a Taxa de Cesariana havia crescido pelo 3º ano consecutivo atingindo a cifra de 22,9%, um aumento de 4% sobre 1999. Essa taxa havia apresentado uma tendência à queda entre os anos de 1989 a 1996, mas cresceu 11% desde então.

O aumento da taxa de cesárea ocorreu tanto pelo aumento das cesarianas primárias³ quanto pela diminuição do parto vaginal após cesariana (VBAC). A taxa de cesariana primária aumentou de 15,5% em 1999 para 16,1% em 2000. Essa taxa cresceu 10,0% desde 1997. A Taxa de VBAC caiu 12,0% em 2000, de 23,4 por 100 mulheres em 1999 para 20,7 em 2000 e queda de 27% desde 1996 (de 28,3%). No período entre 1989 e 1996, a Taxa de VBAC havia crescido 50%. (Tabela nº 14 – Anexo 1)

O percentual de mulheres que iniciaram os cuidados no pré-natal no 1º trimestre de gravidez foi de 83,2% no ano 2000, o mesmo percentual relatado em 1999. O percentual de mulheres com início tardio ou que não realizaram consultas no pré-natal permanece inalterado em 3,9% entre 1999 e 2000 e apresenta uma queda de 6,4% desde 1989. Importante ressaltar que aqui o que interessa é a qualidade e não o número de consultas.

Nos EUA seis procedimentos obstétricos são documentados nos certificados de nascimento. As taxas de quatro desses seis procedimentos vêm crescendo de forma constante todo ano desde 1989. Em 1999 o procedimento com maior prevalência, a monitorização eletrônica fetal, ocorreu em aproximadamente 3,3 milhões de partos, ou 84% de todos os nascidos vivos (NV), correspondente a um aumento de 15% desde 1990. Alguns autores afirmam que o uso de procedimentos obstétricos tem sido sub-notificado nos certificados de nascimento.(Dobie;Baldwin;Rosenblat, 1998)

³ Parto cesáreo em mulher que não fora submetida à cesárea prévia.

Pelo menos 66% das grávidas foram submetidas à ultra-sonografia, o que representa aumento de 26% desde 1990. As taxas de Condução e Indução de Parto em 2000 foram de 179 e 198 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente, apresentando aumento de 58% na condução e o dobro do número de partos induzidos em relação ao valor de 1990. Deveria-se esperar que o aumento da taxa de indução seguisse proporcionalmente a idade gestacional (pós-datismo seria a principal indicação para a indução do parto), mas o observado é que o crescimento se deu em todas as faixas.

A utilização de tocolíticos⁴ para inibição de parto prematuro tem crescido de forma discreta, de 1,6% em 1990 para 2,4% em 1999 (aumento de 50%).

A Taxa de Amniocentese⁵, 26,5 por 1.000 nascidos vivos em 1999, o que representa uma queda de 21% desde 1990.

Em resumo, nos EUA, país exportador do modelo de assistência ao parto e nascimento, o índice de institucionalização do parto atinge a cifra de 99%. Um parto tipicamente americano pode ser caracterizado como aquele atendido por obstetra, conduzido e orientado pela tecnologia médica e com a realização de enema, tricotomia e episiotomia, e a utilização de ocitocina para a condução do parto e analgesia medicamentosa. A mulher ao ingressar no hospital é tratada como paciente e, a partir de sua internação, o poder decisório e a responsabilidade sobre seu tratamento são depositados nos médicos e na instituição.(Davis-Floyd, Robie, 1992)

A Holanda, por outro lado, é um dos poucos países industrializados onde uma percentagem significativa dos partos ocorre em domicílio. Em 1994 aproximadamente 31% de todos os partos ocorreu em ambiente doméstico e sob a supervisão de uma parteira ou médico de família. A atenção prestada às gestantes durante o período pré-natal é realizada predominantemente por parteiras e médicos de família em unidades fora do hospital.(Hingstman, 1994)

Para entender este modelo é preciso fazer referência aos cinco pilares que o sustentam:

⁴ Drogas inibidoras da atividade uterina

⁵ Punção de líquido amniótico para determinação da maturidade pulmonar ou para realização de exames citogenéticos e para diagnóstico de infecção fetal.

- A situação da parteira, que é privilegiada e protegida pelo Estado;(Oppenheimer, 1993)
- Um sistema de *screening* para gestações de alto-risco universalmente aceito;(Oppenheimer, 1993)
- Um sistema de referência e contra-referência bem organizado;(Oppenheimer, 1993)
- É hegemônico o paradigma onde a gravidez, o parto e o nascimento são considerados como eventos naturais e fisiológicos, sujeitos à menor taxa de intervenção possível sem comprometimento da segurança.(McKey, 1993)
- O aborto é legalizado e o sistema público garante o acesso de forma universal. Toda gestação, portanto, é a princípio, uma gestação desejada. (Jordan, 1993a)

Assim como na Dinamarca e na Suécia, na Holanda a atenção à saúde é de total responsabilidade do Estado. As parteiras são remuneradas pelo governo ao prestar seus serviços, seja no setor público ou privado. São também remuneradas pelos seguros de saúde privados (30% da população). Nestes países as parteiras são responsáveis pela primeira linha de atendimento às grávidas saudáveis e é de aceitação geral o fato de que elas são essenciais para a obtenção dos excelentes resultados maternos e perinatais observados. O que distingue a Holanda de outros países é o uso alargado dos serviços das parteiras que atuam de forma autônoma nas comunidades e o estímulo governamental para o parto domiciliar.(McKey, 1993)

Essas parteiras, após completarem o ensino fundamental, são treinadas durante três anos nos cursos de *midwifery*. Elas não são enfermeiras e não estão sob supervisão de médicos.

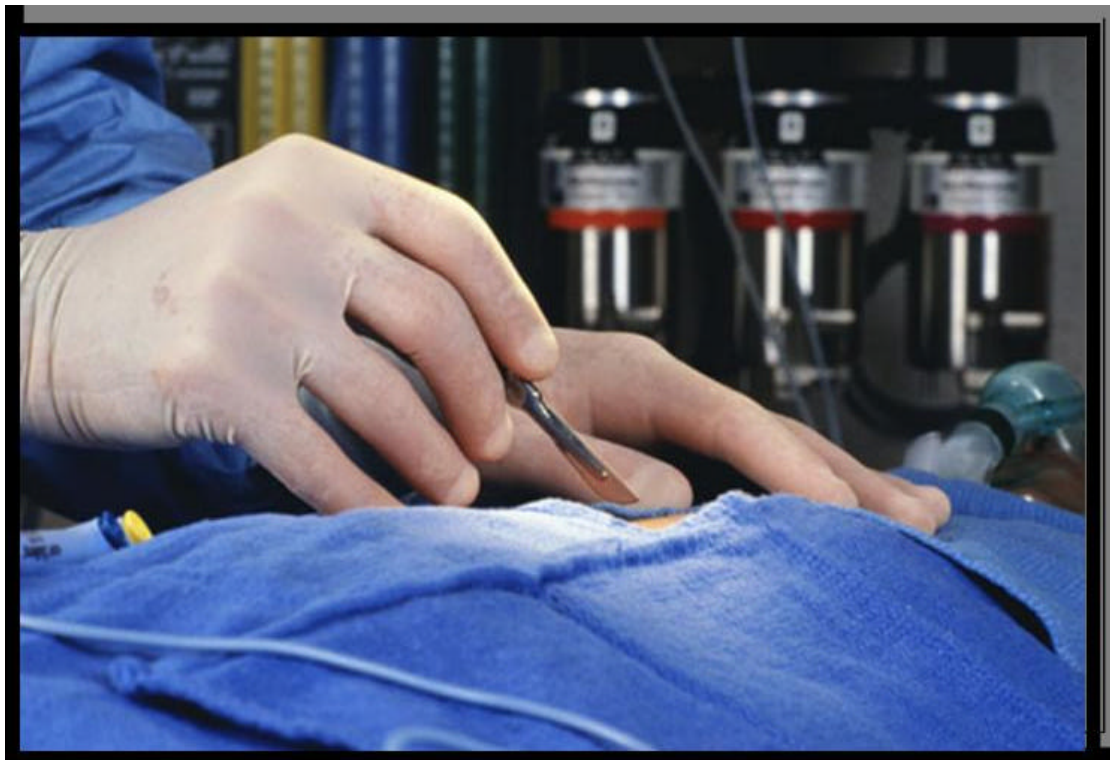
A Holanda apresenta uma média anual de 200.000 partos, dos quais 43% são supervisionados por parteiras autônomas, 14% por médicos de família e 43% por obstetras.

Este modelo é responsável por uma das menores taxas de cesariana conhecida – 7,9% em 1993. Além disso, a Holanda possui uma das menores taxas de perimortalidade – 9,6/1.000 NV.(Hingstman, 1994)

A importância do conhecimento sobre o modelo de atenção na Holanda reside, em primeiro lugar, na qualidade dos resultados obtidos. Particularmente se comparamos estes resultados com os obtidos pelos EUA. Em segundo lugar serve de alerta contra o

preconceito existente em nosso meio sobre as parteiras⁶. Na Holanda, assim como na Suécia e Dinamarca, as parteiras são autônomas, ou seja, não são subordinadas aos médicos, embora somente na Holanda essas mulheres também atuem na prática privada. Esta situação é amparada pela visão prevalente nestes países sobre a gravidez como um processo fisiológico e natural(Mckey, 1993) ao contrário do Brasil e EUA onde se teme o risco iminente deste processo. O cuidado é individualizado e personalizado de acordo com as necessidades de cada mulher e sua família(Mckey, 1993) o que contrasta fortemente com as rotinas padronizadas do Brasil e EUA. Incentiva-se a autonomia e a auto-regulação do processo de parto e nascimento, com a responsabilidade sobre as escolhas tanto do local onde ocorrerá o parto quanto do profissional que irá assisti-lo inerente à mulher e à família(Mckey, 1993). Esta família é sempre incluída no processo de parto e nascimento, não havendo a separação observada no Brasil e EUA(Mckey, 1993), onde o companheiro ou outra pessoa importante para esta mulher é aliado do processo. A privacidade é valorizada, pessoas estranhas à mulher e à família não são admitidos durante o parto, como acontece rotineiramente nos EUA e no Brasil.(Mckey, 1993)

⁶ “A Obstetrícia progrediu mui lentamente, em comparação às outras especialidades médicas, e palmilhando caminhos quase impérvios fê-lo guiada pela ignorância e pouco discernimento das parteiras, a transmitirem, de geração a geração, práticas desarrazoadas, feitiços e crendices, bebidas repugnantes e flagelações, que complicavam a parturição, dilaceravam a genitália, infectavam-na e ao ôvo, condicionando e propiciando sua morte no claustro materno ou da própria gestante.” Rezende (1962-1998)



CAPÍTULO V:
MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E
NASCIMENTO

CAPÍTULO V: MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

“Deus disse: Façamos o homem à nossa imagem, segundo a nossa semelhança, e que ele submeta os peixes do mar, os pássaros do céu, os animais grandes, toda a terra e todos os animais pequenos que rastejam sobre a terra!” Gênesis 1:26(Bíblia tradução ecumênica, 1974)

Como registrado no capítulo anterior, os resultados obtidos através do modelo de atenção obstétrica vigente no Brasil sugerem o comprometimento de sua qualidade e sublinha a necessidade de se pensar em novas soluções. No entanto, uma das estratégias para a mudança é a compreensão da gênese deste modelo, sua manutenção através dos tempos e a conquista da hegemonia sobre outras formas de conceber o parto e nascimento.

O estudo da gravidez e do parto não se esgota apenas no aspecto biológico. Estes processos, que ocorrem no corpo da mulher, têm significados diversos, significados esses, construídos com base na experiência social e cultural. Esta construção sócio-cultural pode ser responsabilizada pela diversidade de significados que a gravidez pode adquirir e a multiplicidade de modelos de atenção que coexistem dentro de uma mesma sociedade ou entre sociedades diferentes. Assim sendo, pode-se considerar relevante o seu estudo sob o prisma da Antropologia.(Paim, s/d)

A mesma autora nos ensina que: *“...a contribuição fundamental da Antropologia consiste em demonstrar que qualquer apreensão do que seja a natureza já é feita com base em um universo cultural. Dentro desta perspectiva, entende-se que o corpo, ainda que algo natural e individual, é conformado e moldado socialmente. O corpo é, desse modo, compreendido e usado por referência ao universo cultural específico a cada grupo social.”*(Paim, s/d) Pg. 32

De antemão deve-se reconhecer a importância deste enfoque que retira da medicina o domínio de exclusivo saber e estreita as relações entre a Antropologia, Saúde Pública e Obstetrícia. Isto é útil, sobretudo àqueles que vêm refletindo sobre o modelo de atenção e que se encontram institucionalizados ou alocados em espaços híbridos (do ponto de vista da divisão tradicional da medicina) como a Saúde Pública, Obstetrícia, Pediatria e

Enfermagem e que mantêm um diálogo com todos estes profissionais que ora são aliados, ora opositores, ora nossos objetos de estudo, ora nossos interlocutores.

Alguns filósofos como Descartes e Hobbes dentre outros encararam a ciência enquanto uma forma particular, objetiva e segura de aquisição do conhecimento. Este pensamento conduziu a esforços para definição de métodos para a condução desta ciência e assegurar a validade deste conhecimento científico. Historicamente, na sociedade ocidental, o método abstrato adotado pelos filósofos não tem o mesmo peso dos empregados pelos “cientistas”.(Monsay, 1997)

Para Aristóteles, o verdadeiro conhecimento segue a dedução lógica baseada em princípios axiomáticos. Bacon, por sua vez afirmava que o conhecimento verdadeiro deveria seguir às generalizações baseadas em observações da natureza. (Monsay, 1997)

O conceito formulado por Bacon sobre o método científico pode ser considerado como o predecessor da filosofia dominante sobre o pensamento científico do século XX, o Positivismo Lógico. O termo positivismo originado nos trabalhos de Auguste Comte no início do século XIX enfatizava que o verdadeiro conhecimento era empírico, ou seja, baseado na experiência. O uso do termo “lógico” ressalta o ponto de vista que clareza, precisão e racionalidade de pensamento e linguagem são requisitos fundamentais da ciência. Embora criticado por filósofos e mesmo por cientistas o positivismo resultou em uma forma popular de encarar a ciência, forma esta adotada pelos próprios cientistas (especialmente em público), de que a ciência é empírica, pragmática e céptica, desta forma estabelecendo objetivos e fatos que levam a hipóteses, a teorias e finalmente a leis.(Monsay, 1997)

Popper (1959) recomendou que a busca pela confirmação de uma dada teoria deveria ser substituída pelo verdadeiro papel do cientista que seria provar que determinada hipótese é falsa, e que esta seria a rota para o verdadeiro conhecimento.

Mais recentemente Bauer (1992) apresenta evidências que a observação empírica não seria uma base objetiva para avaliação de hipóteses científicas. De certa forma aquilo que pensamos estar observando está colorido com o que se espera observar, ou com aquilo que escolhemos ver.

Finalmente de acordo com Kuhn (1970) os cientistas trabalham dentro de uma estrutura hegemônica de pensamento — um paradigma — fazendo previsões, observações e pequenos ajustes a uma determinada teoria dentro de um paradigma, até que se acumule

tantos problemas irresolutos que conduza à uma crise. Neste estágio vislumbra-se um novo paradigma, que poderá deslocar o antigo, quebrando sua hegemonia. Um aspecto interessante seria o apontado pelo autor sobre a impossibilidade de membros dos paradigmas diferentes compatibilizarem seu discurso.



**MODELO TECNOCRÁTICO DE ASSISTÊNCIA
AO PARTO E NASCIMENTO**

O Modelo Tecnocrático de Atenção ao Parto e Nascimento

Pressuposto:

Não é escopo desta dissertação tecer uma crítica a Renée Descartes ou àqueles que contribuíram para o desenvolvimento do positivismo, ou mesmo uma crítica a esse sistema filosófico.

A idéia não é julgar Descartes e seus seguidores, mas compreendê-los. Seria impossível julgá-los desde que nós estamos deslocados no tempo e no espaço.

Assim como Sócrates, Platão e Santo Agostinho, Descartes era um racionalista convicto. Para estes pensadores a **razão** era a única fonte segura de conhecimento. Com este pressuposto **Descartes chegou à conclusão que não poderia confiar no conhecimento herdado da idade média**. E, em concordância com as ciências naturais de sua época, com a nova física — que havia colocado a questão da natureza da matéria — e, principalmente, com o fato de que mais e mais pessoas defendiam uma compreensão materialista da natureza, ele criou um novo sistema filosófico.

Assim como Descartes, que possuía uma única certeza, a de que duvidava de tudo, **questiona-se neste ensaio a manutenção do sistema filosófico criado a partir de Descartes e consolidado por Newton no século XVII enquanto paradigma do modelo de atenção ao parto no século XXI**. Ou seja, questiona-se a atual aplicação de um método filosófico pautado no conhecimento científico do século XVI – XVII em pleno século XXI.

Reconhecendo a genialidade de Descartes e, sobretudo, valorizando seus ensinamentos, o que se propõe neste ensaio é a discussão de um novo sistema filosófico que esteja de acordo com os conhecimentos adquiridos no final do século XX.

Nos séculos XII e XIII, o comércio com o mundo árabe, que se desenvolveu a partir das cruzadas, trouxe para o ocidente um conjunto de conhecimentos muito rico sobre saúde e sobre a arte da cura. As tradições aristotélicas e hipocráticas, que se mantiveram vivas na

cultura Islâmica no Oriente Médio, foram esquecidas, ou mesmo suprimidas, da cultura ocidental na Europa. Este corpo de conhecimentos havia se constituído enquanto marco teórico na elaboração do currículo das primeiras escolas médicas no início do século XII, que baseavam seu currículo na teoria grega dos humores.

Apesar da institucionalização do ensino médico, a pessoa considerada como mais adequada à atenção ao parto era a mulher, que detinha conhecimentos adquiridos empiricamente sobre o cultivo e uso de plantas medicinais, sendo, portanto, a principal concorrente dos médicos. Quatro séculos de caça às bruxas, com conseqüente queima na fogueira, contribuiu para a eliminação desta classe de curandeiras. Frequentemente os próprios médicos testemunhavam contra essas mulheres nos seus julgamentos.(Kors;Peters, 1972) A caça às bruxas terminou com a expansão do pensamento cartesiano, que relegou o medo das bruxas ao campo da superstição.

No século XVII, durante um período de rápido crescimento econômico, a sociedade ocidental substituiu o organismo humano — como a metáfora à qual subordina a organização do universo — pela máquina. Descartes, Bacon, Hobbes e outros pensadores desenvolveram e disseminaram uma filosofia que os diferenciavam das teorias medievais, a qual assume o universo mecanicista, seguidor de leis previsíveis, e que tornava possível sua descoberta através da ciência e seu domínio através da tecnologia. Estas idéias coadunaram tanto com a já conhecida crença, explicitada na Bíblia, do direito do homem em dominar a natureza,(**Bíblia Sagrada**, 1977) que no final do século XVII já se tornara o alicerce no qual a filosofia ocidental foi erigida. Anterior a essa visão de mundo, desde os tempos dos Druidas, o paradigma dominante na Europa entendia a Terra como um organismo vivo, imbuído de uma “alma-feminina” — a Mãe-Terra — que interagiu com a raça humana e toda a natureza de uma maneira vibrante, integral e participativa.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b) Quatorze séculos de influência do cristianismo não destruiu este paradigma. Mas no decorrer de apenas um século Descartes, Bacon e Hobbes e seus seguidores desenvolveram e disseminaram sua filosofia que, dentre outros aspectos, dissociou este senso de conexão entre os homens e o planeta que habitamos.

Essa mudança na imagem da natureza, de organismo vivo e com “alma feminina” para máquina, teve um poderoso efeito sobre a atitude das pessoas em relação ao meio ambiente. A visão de mundo orgânica da Idade Média implicava um sistema de valores que conduzia ao comportamento ecológico, por outro lado limitava as ações dos seres humanos. Não se mata facilmente uma mãe (Mãe-Terra), perfurando suas entranhas em

busca de ouro ou mutilando o seu corpo. Enquanto a Terra fosse considerada viva e sensível, seria uma violação do comportamento ético humano levar a efeito atos destrutivos contra ela.(Merchant, 1990)

René Descartes (1596 – 1650) acreditava que a chave para a compreensão do universo era a sua estrutura matemática. Podemos observar uma linha de pensamento iniciada em Sócrates, passando por Platão e Santo Agostinho – todos racionalistas convictos – que assumia a razão como a única fonte segura de conhecimento. Seu método consistia em subdividir qualquer problema a seus níveis mínimos, separar "as peças que constituem o relógio", reduzindo tudo até seus componentes fundamentais para, a partir deste nível, se perceber suas relações.

Toda a concepção de mundo e de homem de Descartes se baseia na divisão da natureza em dois domínios opostos: o da mente ou espírito (*res cogitans*), a "**coisa pensante**", e o da matéria (*res extensa*), a "**coisa extensa**". Mente e matéria seriam criações de Deus, partida e ponto de referência comum a estas duas realidades. Para Descartes (embora os guardiões do racionalismo tentem passar por cima deste ponto), a existência de Deus era essencial ao seu sistema filosófico, embora seus seguidores de séculos posteriores fizessem de tudo para omitir qualquer referência explícita à Deus, mas mantendo a divisão cartesiana entre as duas realidade: as ciências humanas englobadas na *res cogitans* e as naturais na *res extensa*.

O objetivo do sistema filosófico de Descartes era a de usar seu método analítico para formar uma descrição racional completa de todos os fenômenos naturais num único sistema preciso de princípios mecânicos regidos por relações matemáticas lineares. É claro que ele não poderia executar sozinho este plano grandioso. Mas seu método de raciocínio e as linhas gerais da teoria dos fenômenos naturais serviu de base para a formulação do pensamento científico ocidental por três séculos.(Capra, 1982c)

Em sua tentativa de construir uma ciência natural completa, Descartes ampliou sua concepção de mundo aos reinos biológicos. Plantas e animais nada mais eram que simples máquinas. Esta concepção criou raízes profundas com conseqüências não só a nível biológico, como psicológico (P. ex., Behaviorismo, em Psicologia) e até mesmo econômico (manipulação comercial de animais sem consideração ética alguma). O corpo humano também era uma máquina, diferenciada porque seria habitada por uma alma inteligente, distinguível da máquina-corpo e ligado a ela pela glândula pituitária. As conseqüências dessa visão mecanicista da vida para a medicina foram óbvias, tendo

exercido uma grande motivação no desenvolvimento da Psicologia nos seus primórdios. As consequências adversas, porém, são igualmente óbvias: na medicina, por exemplo, a adesão rígida a este modelo impede os médicos (os grandes cartesianos) de compreender como muitas das mais terríveis enfermidades da atualidade possuem um forte vínculo psicossomático e sócio-ambiental.

Em sua concepção, influenciada pelos avanços na técnica da relojoaria holandesa, Descartes achava que o universo nada mais era que uma máquina. A natureza funcionava mecanicamente de acordo com leis matematizáveis. *“Vemos relógios, fontes artificiais, moinhos e outras máquinas semelhantes que, embora meramente feitas pelo homem, têm, não obstante, o poder de se moverem por si mesmas de muitas maneiras diferentes. (...) Não reconheço qualquer diferença entre as máquinas feitas por artífices e os vários corpos que só a natureza é capaz de criar.”*(Capra, 1982c)

A fabricação de relógios atingira na época um alto grau de sofisticação tornando-se um modelo privilegiado para outras máquinas automáticas. Isto conduziu à comparação do corpo dos animais às máquinas e mais especificamente a um “relógio (...) composto (...) de rodas e molas”. Descartes estendeu esta comparação ao corpo humano: “Considero o corpo humano uma máquina. (...) Meu pensamento (...) compara um homem doente e um relógio mal fabricado com a idéia de um homem saudável e um relógio bem feito.”(Capra, 1982c)

Esse quadro tornou-se o paradigma dominante na ciência até nossos dias. Ela passou a orientar a observação e produção científica até que a física do século XX passou a questionar seus pressupostos mecanicistas básicos.

Como resultado desta mudança na base filosófica a natureza, a sociedade e o organismo humano rapidamente começaram a ser vistos como partes “*atomizadas e intercambiáveis*” que podem ser reparadas ou trocadas a partir do exterior.(Davis-Floyd, Robie, 1992) A descrição meticulosa dos mecanismos que compõem todos os organismos vivos tem sido o principal objetivo dos biólogos, médicos e psicólogos nos últimos trezentos anos. Essa abordagem coroada de êxito, em particular no campo das ciências biológicas, trouxe um sério problema: os cientistas encorajados pelo êxito obtido com o tratamento mecanicista dos organismos vivos passaram a acreditar que estes nada mais são que máquinas. *“As consequências adversas dessa falácia reducionista tornaram-se especialmente evidentes na medicina, onde a adesão ao modelo cartesiano do corpo humano como um mecanismo de relógio impediu os médicos de compreender muitas das mais importantes enfermidades da atualidade.”*(Capra, 1982c) pg 57

No final do século XVII, a aceitação geral do modelo mecanicista foi acompanhada de uma fragmentação da religião que até então tinha sido a estrutura conceptual da sociedade europeia. Quando o modelo mecanicista tornou-se o fator conceptual desta sociedade, unificando o cosmos, sociedade e o *self*, a responsabilidade sobre o corpo humano deixa de ser da igreja e passa a pertencer à profissão médica. Esta ciência em desenvolvimento tomou então o modelo mecanicista, cartesiano, como sua base filosófica e encarou o desafio de equiparar o corpo à máquina — transformação que foi crucial no desenvolvimento da sociedade ocidental. Esta filosofia encara o mundo, não de forma sensitiva, mas mecanicista, não de forma participativa, mas inerte. Como o corpo humano passou a ser visto como partes intercambiáveis que se ajustariam em um todo esse corpo poderia ser reparado ou ter suas partes substituídas de fora para dentro. Esta filosofia passa a encarar Deus como o “relojoeiro” supremo que coloca em movimento uma cadeia de eventos. A medida em que a natureza passa a ser vista como um sistema de partículas inertes, mortas, movidas de fora para dentro, justifica-se o controle dessa natureza pelo homem.

O modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento deriva desta visão mecanicista da realidade, que foi gerado a partir da Revolução Científica na Europa.

Cabe aqui um esclarecimento. Não é escopo desta dissertação tecer uma crítica profunda a René Descartes ou ao seu sistema filosófico. Remeto o leitor à página nº 37 no 3º capítulo deste ensaio quando é feita a introdução à História.

“A História não procura julgar, mas compreender. Não deve importar ao historiador julgar os homens, mas compreendê-los. Não seria possível julgá-los desde que o historiador, deslocado no tempo e no espaço, não está capacitado para fazê-lo, mas pode compreendê-los, se compreender as razões que os moveram. Não julgar, mas compreender, colocar-se dentro do juízo dos contemporâneos, dos acontecimentos, e não dentro do seu próprio juízo de historiador. A este cabe apenas desentranhar e recompor os fatos, buscar suas causas e suas consequências.”

Paralelo à responsabilidade da manutenção da consistência do sistema de crenças dominante, os médicos assumiram outra tarefa social, a qual era também de responsabilidade da igreja, a de inculcar nos membros individuais desta sociedade os dogmas de tal sistema de crenças. (Davis-Floyd, Robie, 1992) O modelo biomédico (o autor, por sugestão de Davis-Floyd (1992), adotará o termo **tecnocrático**), que foi

desenvolvido a partir desta filosofia, é baseado na ciência, influenciada pela tecnologia, e conduzida por instituições que possuem em sua filosofia fundamental valores como o patriarcado, o tecnicismo e a supremacia da instituição sobre o indivíduo.

A partir desta divisão os médicos, e em particular os obstetras, no curso de realização de suas tarefas estão freqüentemente doutrinando e transmitindo aos seus pacientes os dogmas deste sistema orientado pela e voltado para a tecnologia.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b) Não é por mera coincidência que os médicos são obrigados a passar no mínimo 6 e em média 8 anos de treinamento exaustivo durante sua formação um rito de passagem iniciatório que cuidadosa e metodicamente os imbui com os valores nucleares da tecnocracia, permitindo que se tornem não somente médicos, mas também os representantes dos mais profundos valores e crenças de nossa sociedade.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

O termo tecnocracia¹ implica no uso de uma ideologia do progresso tecnológico como fonte de poder político. Ele expressa não somente a dimensão tecnológica, mas também a hierárquica, a burocrática e a autocrática do modelo cultural dominante. Como pode ser constatado na medicina ocidental, a tecnologia e o padrão baseado no gênero masculino reinam soberbos enquanto os indivíduos têm que se adequar às rotinas e conveniências institucionais. (Hahn, 1987; Illich, 1975) As instituições médicas possuem mecanismos especialmente eficazes em perpetuar os valores nucleares da sociedade tecnocrata, em particular pelos princípios hierárquicos em que estão organizadas, diluindo responsabilidades e concentrando nas mãos de poucos o poder de modificar o *status quo*. Profissionais de saúde que tentem alterar o sistema são freqüentemente obstruídos ou segregados pelos outros profissionais, pelos administradores hospitalares, e ultimamente, em particular nos E.U.A., pelo sistema jurídico e econômico da sociedade.

A principal característica deste modelo é ter ele sido baseado na ideologia da tecnologia, que o torna apropriado para a sociedade tecnocrática com os seus valores de eficiência e racionalidade, organização prática, sistematização e controle.(Rothman, Barbara Katz, 1982) Assumir a metáfora do corpo-máquina resulta na possibilidade de abri-lo para a investigação científica, deixando de lado questões intrigantes e incômodas como a espiritualidade e a totalidade do indivíduo, relegadas para os padres e para os

¹ Tecnocracia: Sistema de organização política e social baseado na predominância dos técnicos, FERREIRA. **Novo dicionário da língua portuguesa**. que rejeita qualquer forma diferente de aquisição de conhecimento e, conseqüentemente rejeita qualquer forma diferente da práxis.

filósofos, respectivamente. Fenômenos como sentimento, contexto social, crenças espirituais e personalidade desafiam a possibilidade de mensurações e manipulações, logo, devem ser desprezadas.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

Em nossa sociedade a tecnologia e o progresso caminham de mãos dadas. Quando a tecnologia é associada à medicina essa se torna poderosa e assume importância como mediadora da saúde e da doença, assim como da vida e da morte.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b) O núcleo do sistema de valores dessa sociedade é fortemente orientado para a ciência, a alta tecnologia, o lucro e para instituições fortemente influenciadas pelo patriarcado.(Davis-Floyd, Robie, 1992)

O modelo hegemônico de atenção ao parto em nossa sociedade reflete este núcleo de sistema de valores: seu sucesso é baseado na ciência, resultado direto do uso intensificado da tecnologia e aplicado em instituições fortemente influenciadas pela ideologia do patriarcado dentro de um contexto que visa o lucro.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

Problemas com o corpo são vistos como problemas técnicos que requerem soluções técnicas, que pode ser um reparo mecânico, um balanceamento químico, ou a depuração do sistema.(Rothman, Barbara Katz, 1982)

Esta abordagem do corpo-máquina, do modelo tecnocrático, tanto é oriunda desta sociedade técnica/industrial como contribui para moldá-la e a seus membros.(Navarro, 1976a)

Esta sociedade desumaniza as pessoas ao encorajar uma auto-imagem mecânica, pré-fabricada e até mesmo globalizada, haja vista a alta prevalência de cirurgia para colocação de prótese de silicone entre as japonesas. O Capitalismo encara o corpo não somente enquanto uma coleção de partes, mas as transforma em mercadorias. Em alguns países os fluidos orgânicos (sangue, leite e sêmen) são mercadorias de alto valor. O que dizer do comércio ilegal de órgãos humanos? Nos EUA hoje se compra esperma pela Internet. Os preços variam muito, mas em média cobra-se US\$180 - US\$250 por frasco (utiliza-se 1 a 2 frascos pro ciclo). E ainda complementam as informações afirmando que *“Um aspecto interessante a se destacar é de que uma usuária de esperma doado saberá muito mais sobre a saúde do doador e sua história do que saberia sobre um companheiro em potencial.”*(**Purshasing sperm**, 2002) Atualmente existe a possibilidade de planos de financiamento para a compra de esperma, assim como a possibilidade de abrir uma conta

para compra e armazenamento o que irá garantir a disponibilidade do “produto”.(Cryobank, 2002)

Para o entendimento mais amplo da forma como a ideologia dominante conceptualiza o ciclo reprodutivo, um segundo tópico se torna muito importante: — A medicina de maneira geral e, em particular, a obstetrícia, é baseada não somente nesta ideologia da sociedade tecnocrática, mas também na **ideologia de uma sociedade patriarcal**². A medicina é **androcêntrica**, e os seus valores são aqueles dos homens que são os detentores do poder social. A medicina trata tanto os homens quanto as mulheres sob a ótica da sociedade tecnocrática – homens e mulheres como máquinas — mas o tratamento dispensado às mulheres é, ainda, afetado pela ideologia do patriarcado.

De acordo com o modelo tecnocrático do nascimento, o corpo humano é uma máquina, sendo o masculino metaforicamente assumido como uma máquina de melhor qualidade do que o feminino e, conseqüentemente, menos propenso a falhas.

Não somente o corpo masculino é aceito enquanto a norma dentro da qual o corpo feminino deve ser entendido, mas o processo reprodutivo feminino é entendido nos termos das necessidades masculinas. No modelo tecnocrático a mulher espera o filho do homem. E isto traz influências que deveremos abordar para um melhor entendimento desta lógica.

As características anatômicas próprias do gênero feminino, tais como o útero, ovários e seios, assim como os processos biológicos como menstruação, gravidez, parto e menopausa, devido a um desvio extremo do protótipo masculino, são inerentemente sujeitos a falhas ou, no mínimo, causadores de incômodo ou potencialmente patológicos. A própria literatura médica utiliza termos pejorativos, como degeneração, desvio ou mesmo falha na produção, para descrever alguns processos inerentemente femininos, ao passo que aos masculinos são reservados termos como notável, surpreendente, espantoso. Logo, é de fácil entendimento que neste modelo as mulheres, em cujos corpos ocorrem tais processos degenerativos, são freqüentemente convencidas a estarem melhor sem estes processos.

² Patriarcado será entendido em sua definição ampla que significa a manifestação e institucionalização da dominação masculina sobre a mulher, a criança e a família e por extensão a dominância masculina sobre a mulher na sociedade em geral. Implica na detenção do poder pelos homens em todas instituições importantes da sociedade e que a mulher está impedida a ter acesso a este poder. Não está implícito que a mulher está completamente “desempoderada” ou totalmente privada de direitos, influência e recursos.

Vários estudos produzidos por médicos, antropólogos e sociólogos apontam o fato de que o sistema médico ocidental fez um excelente trabalho de convencimento sobre as mulheres quanto à fraqueza de seus organismos e os perigos inerentes às funções especificamente femininas. Se os ovários fossem testículos, certamente haveriam muito menos deles removidos. As figuras dos livros médicos também servem para ilustrar o tema. Sempre que se ilustram processos fisiológicos como a descrição dos órgãos dos sentidos, o sistema nervoso etc, utilizam-se modelos masculinos, ao passo que quando se ilustra alguma disfunção, como por exemplo a obesidade, utilizam-se modelos femininos.

Em suma, dentro do modelo tecnocrático o corpo feminino é abordado como anormal, imprevisível e, inerentemente, uma máquina defeituosa.

Durante a gestação e o parto, a demanda sobre o corpo feminino o coloca em constante ameaça de mau funcionamento ou mesmo de colapso. Esta filosofia, que norteou a criação da obstetrícia moderna, pode ser encontrada nas entrelinhas da literatura médica.

DeLee (1920) imbuído desta filosofia escreveu:

“O parto tem sido considerado, e ainda assim acreditam alguns, uma função fisiológica. Tanto os médicos quanto os leigos consideram bizarro chamar o parto de uma função anormal, uma doença, e ainda um processo definitivamente patológico. Tudo, é claro, depende de como se define normal. Se uma mulher cai sobre um ancinho e tem o seu períneo penetrado pelo cabo, nós consideramos isso como patológico – anormal, mas se um grande bebê passa pelo assoalho pélvico, nós dizemos que isso é natural, e, portanto, normal. Se um bebê tiver sua cabeça presa por uma porta, de maneira gentil, mas suficiente para causar hemorragia cerebral, nós podemos dizer que isso decididamente é patológico, mas quando a cabeça do bebê é esmagada contra um assoalho pélvico apertado, e é morto por hemorragia cerebral, nós chamamos isso normal, pelo menos nós dizemos que a função é natural, não patogênica.”¹ (Delee, Jos B, 1920a)

Rezende, por sua vez, afirma que “o **fórcipe profilático**, sob anestesia, sua prática obrigatória, **aliada à episiotomia, humanizaram a assistência ao parto**”.(Rezende, J. D., 1974____1982a) (Grifos meus)É importante ressaltar a confluência de pensamento entre este autor nacional e DeLee. Ambos compartilham o mesmo ponto de vista, expresso emblematicamente na citação acima de autoria de DeLee, seja ao assumir que a os riscos iminentes da gravidez e do parto justificam tais intervenções realizadas de forma rotineira

e padronizadas, seja pela ausência de referência bibliográfica que justifique a adoção de tais rotinas.

A obstetrícia, enquanto uma ciência, cresceu adotando metaforicamente o modelo da linha-de-montagem. No hospital o sistema reprodutor feminino é tratado como “uma máquina de nascimento” por técnicos especializados que trabalham sujeitos a rotinas inflexíveis que objetivam otimizar a produção e controle de qualidade. Haja vista que muitas maternidades possuem enfermarias para alojar as mulheres em trabalho de parto, e salas de parto com várias mesas ginecológicas dispostas lado a lado comprometendo sobretudo a privacidade das mulheres e contribuindo para um ambiente agressivo e absolutamente inadequado.

O hospital pode ser considerado uma “fábrica” altamente qualificada e, assim sendo, quanto mais aparelhado, quanto maior for a disponibilidade de tecnologia de ponta, melhor será o seu conceito junto aos profissionais de saúde e junto à população. Como uma instituição, ele é considerado muito mais importante do que o indivíduo ou a família; logo, o processo de nascimento deve seguir de acordo muito mais com as necessidades da instituição do que com as necessidades individuais das mulheres atendidas.

O modelo tecnocrático nos mostra a gravidez, parto e nascimento na perspectiva da sociedade industrializada, tecnológica, e **sob a ótica masculina**. A parturiente, assim, é vista enquanto um objeto sobre o qual alguns procedimentos e rotinas deverão ser realizados em todos os partos, como por exemplo, a episiotomia. *“É a episiotomia, quase sempre, indispensável nas primiparturientes, e nas múltiparas nas quais tenha sido anteriormente praticada”*. (Este parágrafo permanece inalterado da 1ª à 8ª edição – páginas nº 364 e nº 269 8ª respectivamente)(Rezende, J.;Rocco, 1962)

O nascimento passa a ser considerado um serviço (tecnocrático) que os obstetras prestam à sociedade; o médico “faz o parto” e entrega o RN à sociedade (tradicionalmente o bebê é entregue à enfermeira ou ao pediatra logo após o nascimento, e não à mãe). Quando o “produto” se encontra em perfeito estado os méritos vão para os médicos (muito comum em cenas cinematográficas), se imperfeito, passa automaticamente para a responsabilidade de outro especialista; e toda a “**culpa**” é creditada à inerentemente defeituosa máquina de nascimento, a mulher.

A gravidez é uma condição ou estado da mulher, enquanto o parto pode ser visto tanto como uma atividade na qual a mulher está engajada ou um serviço a ser prestado pela

medicina. A medicalização do parto moveu-se do primeiro para o segundo conceito. Aplicar um modelo tecnocrático a um fenômeno físico transforma pessoas em pacientes e os coloca no lado dos doentes. A doença é algo que **ocorre** na pessoa³, não é algo que esta pessoa é ou faz. Talvez esteja aí um bom tópico para desenvolver. Talvez esteja aí a chave para a aceitação e validação da medicalização do parto. A gravidez talvez esteja mais associada a algo que a pessoa **é** ou **faz – gesta**. Em nossa sociedade a mulher “espera” e “ganha” o bebê, e não gesta e pari!

Davis-Floyd (1992) identifica que o “modelo tecnocrático” do nascimento é o que envolve as práticas obstétricas conservadoras e hegemônicas na cultura ocidental. E Rothman (1992) aponta a **separação** como o dogma central deste modelo. “Diagnósticos baseados em tecnologia, da mais rotineira ultra-sonografia à mais exótica para o transplante de embrião, têm em comum o trabalho feito na direção da construção do feto como um ser separado — eles tornam o feto real. Eles tornam o feto uma presença visível, audível, e o fazem de duas outras maneiras. Eles medicalizam a gravidez, e eles tornam invisível e inaudível, a mulher.

A história da obstetrícia no ocidente é a história da separação. Nós separamos o leite do peito, mães dos bebês, fetos das gestações, sexualidade da procriação, gravidez da maternidade. E, finalmente, fomos deixados com a imagem do feto como um ser flutuante deixado sozinho, análogo ao homem no espaço, com o cordão umbilical conectado à placenta, e a mãe reduzida ao espaço vazio que o circunda.” Palestra conferida por Barbara Katz Rothman, 1982.(Davis-Floyd, Robbie;Arvidson, 1997a)

A adoção da metáfora do corpo-máquina criou um paradoxo em nossa sociedade: o corpo humano simultaneamente considerado como uma criação da natureza e o objeto focal de nossa cultura. O cartesianismo elegantemente resolveu este paradoxo ao estabelecer a separação mente-corpo da qual depende a metáfora corpo-máquina. Esta idéia suporta o pensamento de que a nossa essência cultural superior, a mente, assim como a nossa essência espiritual, a alma, podem permanecer intocadas enquanto o corpo, como parte de nossa natureza mecânica, pode ser estudado e reparado.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

³ Na realidade, a doença também não **acontece** por acaso, mas para se manifestar depende muito de quem **é** a pessoa, do tipo de reação de cada um frente a vida.

No que diz respeito aos obstetras é importante ressaltar que desde os primeiros anos na faculdade o futuro médico é conduzido através dos estudos de bioquímica, biofísica, farmacologia, dentre outras disciplinas, a estimular um raciocínio baseado no método explicativo-causal, à procura constante de uma relação de causalidade (geralmente unicausal) entre os fenômenos. Este futuro médico não é treinado em pesquisas, não recebe informações concernentes à fisiologia do parto e continua debruçado sobre uma mesa de necrópsia estudando a mulher dissecada em partes cada vez menores. Esta forma de pensar irá nortear toda a sua formação e toda sua carreira, consolidando-se em sua atuação junto ao paciente seja na clínica médica, seja na obstetrícia. Essa atitude nitidamente pautada em uma orientação mecanicista e reducionista passa a trabalhar com o ser humano com os mesmos critérios aplicados às máquinas, despojando-o daquilo que lhes dá justamente a característica humana, a sua individualidade.

Rezende, de forma emblemática, define a gravidez como “... episódio fisiológico, na vida normal da mulher. Para ela seu organismo foi-se lentamente preparando e adaptando ao longo de modificações gerais e locais que levaram a moçoila da puberdade à maturidade sexual. A despeito disso, havidas as primeiras relações materno-ovulares, as transformações sofridas são fundamentais, e de tal monta que fora do ciclo gestatório seriam interpretadas como altamente patológicas” e complementa afirmando que “Problema biológico, exibindo ‘da natureza o desconcerto’, **é a gravidez, clinicamente, função instável, intranquã, frágil e perigosa** (Magalhães). **Cumpra ampará-la e protegê-la** para poder atingir seu termo sem ajuntar-se percalços que lhe encrespem a evolução, ordinariamente lindeira à patologia, em equilíbrio instável, a configurar luta metabólica e humoral entre o instinto de conservação do indivíduo e o da espécie.”(Rezende, J., 1974a).

Aqui vale comparar mais uma vez os ditos de Rezende com os de seus precursores. François Mauriceau afirmava que a gravidez poderia ser comparada a um “**mar encapelado** sobre o qual a grávida e o filho navegam nove meses e o parto — único porto — tão cheio de escolhos, que, muito freqüentemente, depois de o terem alcançado, e de nele haverem desembarcado, têm ambos necessidade de auxílio para se livrarem de numerosos incômodos que, ordinariamente, sucedem aos trabalhos padecidos.”(Mauriceau, 1740) (Grifo meu) Observa-se uma semelhança interessante entre o pensamento de Rezende e de Mauriceau, em particular com o último parágrafo da citação de Rezende, que utiliza o verbo encrespar — agitar-se, encarneirar-se (o mar); franzir-se.

Além de entender a gravidez sob o aspecto eminentemente mecânico este autor em seu livro *Obstetrícia*⁴, que é dividido em 57 capítulos distribuídos em 1210 páginas, não aborda em nenhum momento a relação entre a mente e o corpo. Até a terceira edição ainda havia um capítulo intitulado “*Aspectos Psicológicos do Ciclo Grávido-Puerperal*”, onde em apenas seis páginas Perestrello abordava os aspectos psicológicos da gravidez.(Perestrello, 1974) A partir da quarta edição este capítulo é substituído por “*Preparação Psicossomática para o Parto*” onde o cerne da abordagem é o controle da dor por métodos psicossomáticos.(Benzecry;Cerruti, 1982)

Ao se definir o corpo-máquina como o objeto do tratamento médico os profissionais são liberados de qualquer responsabilidade sobre a mente dos indivíduos. Desta forma, esses profissionais não vêem necessidade de formarem qualquer vínculo com o indivíduo que habita aquele corpo, preferindo, ao invés disso, pensar e falar de seus clientes como casos, números ou, de forma emblemática e caricatural como “*o fígado incrível do leito 2*”. Esta atitude denuncia o fosso existente entre os profissionais e “seus casos”.

A análise da forma como é conduzida a anamnese⁵ revela a falta de interesse do profissional em relação ao ponto-de-vista do cliente demonstrando que este não é entendido como um todo mas como o objeto do tratamento. Beckman e Frankel (1984) apresentaram um trabalho onde demonstraram que o médico interrompe a fala do cliente após um período de tempo em torno de 18 segundos, e em 69% das consultas não é permitido ao cliente concluir a descrição dos sinais e sintomas.(Beckman;Frankel, 1984)

Dentro do modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento assume-se que o observador está de fora do fenômeno a ser observado, ou seja, o profissional é um observador externo e separado do paciente. Essa característica revela a idéia do diagnóstico e do tratamento realizado de fora para dentro e sustenta a forma como esses profissionais se relacionam com seus pacientes. Durante toda a formação médica, é realçada a importância do distanciamento, como uma medida preventiva ao envolvimento emocional,

⁴ Tratado de obstetrícia com oito edições, a primeira em 1962 e a última em 1998. Até hoje adotado como livro de referência para várias faculdades de medicina, onde se inclui a da Universidade Federal de Santa Catarina. Em sua 3ª edição de 1974 foi sugerido como livro de referência pela OPS.

⁵ Med. Informação acerca do princípio e evolução duma doença até a primeira observação do médico.FERREIRA. **Novo Aurélio - Século XXI**.

que deve ser evitado, pois poderia comprometer a isenção na avaliação do “caso” e, assim, distanciamento e “frieza” são valorizados em extremo.

No livro *Birth as an American Rite of Passage* (O Nascimento como Rito de Passagem), Davis-Floyd identificou ciência, tecnologia, patriarcado e instituições como os componentes primários do núcleo central de valores na cultura norte-americana.(Davis-Floyd, Robie, 1992) Hospitais demonstram e perpetuam esses valores de forma emblemática, porque sua hierarquia permite que a responsabilidade seja tão diluída e generalizada que poucos indivíduos possuem o poder para efetuar mudanças na estrutura do modelo de atenção. Médicos, enfermeiros ou qualquer outro profissional que tente efetuar mudanças têm seu discurso desacreditado seja através da utilização de termos como “alternativo”, não-científico ou outro pejorativo(Fleck, 1980), ou, como já foi referido anteriormente, seja através da pressão exercida por outros médicos, administradores e, mais recentemente, pelo sistema legal e financeiro.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

Tecnocracia é uma sociedade hierarquicamente organizada. O termo tecnocracia implica no uso de uma ideologia onde o progresso tecnológico é fonte de poder político. Expressa não somente a dimensão tecnocrática mas também as dimensões hierárquicas, burocráticas e autocráticas deste modelo cultural dominante. Na era do capital globalizado, onde as instituições financeiras se transformam em “redes globais” o sistema médico continua firme em seu papel como um microcosmo da sociedade, mantendo a hierarquia de três maneiras, segundo Davis-Floyd (1998)(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b):

A forma mais básica de hierarquia é a subordinação do indivíduo à instituição. Algumas rotinas hospitalares favorecem os profissionais de saúde em detrimento dos clientes. Um exemplo pode ser observado no ambulatório de pré-natal do Hospital Universitário da UFSC, onde todas as clientes são orientadas a chegarem antes das 08:00 horas, mesmo que em alguns casos o atendimento só inicie depois das 10:00 horas (clientes selecionadas para serem atendidas pelos professores em suas aulas práticas). Essa prática garante um número adequado de “casos” mas não leva em consideração o estado gravídico de mulheres que muitas vezes saem de casa de madrugada e sem alimentação adequada. Na Maternidade do HU a mulher que entrou no hospital andando, passou o período de pré-parto nas mais variadas posições, sendo desestimulada a permanecer no leito, pariu de cócoras ao chegar no Alojamento Conjunto é obrigada a ficar deitada por um período de seis horas, mas é acordada, muitas vezes de madrugada para banhar-se.

Um segundo tipo de hierarquia aplica-se aos médicos como um grupo social, que ocupa uma posição superior a qualquer outro grupo de profissionais de saúde. Pires (1988) contribui para esta discussão ao afirmar que: *“A hegemonia no setor saúde, verificada na sociedade brasileira e mundial, é fenômeno resultante do processo de apropriação pelos médicos do saber de saúde dos povos, transformando-o em saber médico. Foi construída num processo de múltipla determinação, que envolveu a relação orgânica dos médicos aos interesses das classes dominantes, nos diversos momentos históricos, o controle que este grupo exerceu sobre o processo de profissionalização dos demais exercentes das ações de saúde, sobre a formação e a emissão das normas disciplinadoras do exercício profissional e pela apropriação dos cargos administrativos gerenciais das instituições de saúde a serviço dos interesses econômicos hegemônicos e da manutenção do status quo, bem como pela intervenção, enquanto categoria, no próprio aparelho de Estado.”* (Pires, 1989)

Outros autores, como Lopes (1996) contribuem para reafirmar esse raciocínio ao sublinhar que *“a enfermagem facilitou aos médicos o exercício da Medicina. Se nos referirmos à noção de higiene, por exemplo, apercebemo-nos que ela ilustra bem a mobilidade e a hierarquização das práticas. (...) É assim que a depreciação das tarefas caminha para uma subdivisão no meio da Enfermagem. De fato, as enfermeiras universitárias vão se afastar, por exemplo, daquelas tarefas que se associam mais proximamente aos serviços domésticos, e (re)hierarquizar, reestruturar as atribuições das outras categorias de menor qualificação, ou seja, as trabalhadoras advindas de classe sociais em que o cotidiano é composto por tarefas de menor prestígio.”* (Lopes, 1996)

O modelo tecnocrático enfatiza e supervaloriza a especialidade gerando uma superioridade sobre a atenção primária. Essa superioridade gera, por sua vez, uma hierarquização dos próprios médicos. Os médicos dedicados à atenção primária, incluindo os médicos de família, clínicos, pediatras e obstetras têm a oportunidade de se familiarizarem com os seus clientes e suas histórias. A oportunidade de desenvolvimento de um vínculo mais forte está presente fundamentando uma relação profissional-cliente mais profunda, o que possibilita o desenvolvimento de uma relação mais empática. No entanto são as especialidades menos valorizadas, seja pelos médicos, seja pela sociedade como um todo. Esta depreciação reflete a tendência geral da medicina de desvalorizar o generalista e valorizar o especialista, em conjunto com a alta tecnologia da qual esses especialistas dependem. Nos EUA 80% dos médicos são especialistas e até recentemente os graduandos continuavam a escolher especialidades dependentes da alta tecnologia em

uma taxa de 4:1.{Davis-Floyd, 1998 #310} Na obstetrícia atual temos, p. ex., os especialistas em imagens muito mais valorizados do que os obstetras que acompanham um parto prolongado; os especialistas em gravidez de alto-risco muito mais valorizados do que aqueles que ainda dominam a arte do parto operatório transpélvico.

Assim como em outros domínios da vida social, na medicina a hierarquia e a padronização dos cuidados caminham juntas. Aqueles que estão no topo da hierarquia, considerados os mais importantes, têm garantido a autoridade para determinar as regras sob as quais os outros profissionais e clientes deverão se comportar. Tradicionalmente, na medida em que o afastamento das rotinas pode levar a litígios ou ações punitivas contra o médico ou a instituição e, freqüentemente, a ambos, os líderes reforçam a necessidade da elaboração e respeito às rotinas.

A aceitação e aprovação da padronização dos cuidados derivam do valor que o modelo tecnocrático coloca sobre a separação. Se o paciente pode ser separado de sua comunidade, o seu corpo isolado de sua mente e emoções e seus membros, tecidos ou órgãos separados do restante de seu corpo, é possível predizer com alguma acurácia como este corpo-máquina irá responder a uma determinada ação terapêutica.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

A padronização do cuidado, em geral, toma a forma de ritual tão incorporado pelo profissional devido à constante repetição que se torna um reflexo impensado e raramente questionado, como foi, por exemplo, a adoção do uso rotineiro de enema, tricotomia, episiotomia e monitorização fetal contínua. Tanto na obstetrícia quanto na enfermagem a justificativa para a adoção de rotinas tem o *“propósito fundamental, a melhoria do estado de saúde do cliente, a forma como se presta o cuidado e/ou a forma **como os serviços de enfermagem estão organizados e administrados.**”*(Cartaxo, 1983) (Grifo meu)

Qualquer que seja a cultura estudada as pessoas utilizam os rituais para prover a elas próprias a sensação de ordem, estabilidade e controle. Na medicina em geral, e em particular na atenção ao parto e nascimento, onde a incerteza e o caos permeiam a prática diária, apegar-se às rotinas com as quais esses profissionais podem demonstrar competência serve para controlar o medo e aumentar o senso de autoconfiança sobre situações que de forma geral são imprevisíveis.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

Alinhado com sua estrutura hierarquizada o modelo tecnocrático investe na autoridade do médico e da instituição. Dentro deste paradigma a pessoa que consulta um

médico é o **paciente**. A escolha do termo não é casual na medida em que **ter paciência** é um dos atributos do “**bom paciente**”. Espera-se que as pessoas tenham paciência para as longas esperas para o atendimento médico, assim como para lidar com os médicos que insistem em manter sua linha de raciocínio, impondo suas perguntas ao invés de permitir que a cliente emita suas opiniões e preocupações. O valor depositado na padronização do cuidado pela medicina ocidental define a forma com que as pessoas devem se comportar para a obtenção do cuidado médico adequado.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

O médico é o pretenso especialista, portanto o detentor do poder de decisão. O médico é treinado para tomar decisões rapidamente. Embora de grande utilidade em situações emergenciais, decisões tomadas de forma intempestiva não têm lugar na maioria das situações, em particular na atenção ao parto.

O uso da intuição — que representa um conhecimento obtido de forma direta, que penetra no estado de consciência sem a mediação consciente da lógica ou de um processo racional — é considerado tabu. Por ser uma forma de conhecimento diferente do processo de consciência racional/lógica/analítica, não obtém respaldo pelas pessoas alinhadas com o pensamento tecnocrático. Vale lembrar que muitas disciplinas redescobriram o valor da intuição como um objeto apropriado para a investigação acadêmica. Especialistas em neuropsicologia recentemente passaram a associar a intuição com achados bem documentados na análise comportamental;(Davis-Floyd, Robbie;Arvidson, 1997b) nos EUA a Academy of Consciousness Studies no *Princeton Engineering Anomalies Research Laboratory* vem estudando o papel da consciência humana, priorizando o estudo da intuição, no campo da engenharia(Dunne, 1997)

Não somente a intuição, mas outras formas diferentes de obtenção do conhecimento são consideradas tabus. Simbolicamente este poder médico se expressa na forma de vestir, nos títulos muitas vezes expostos sob a forma de diplomas emoldurados e pendurados nas paredes dos consultórios. Esse poder pode ser potencializado pela sonegação ou seleção de informação, pela aparência de pressa ou aborrecimento, e o uso de jargões técnicos fora da capacidade de entendimento do *paciente*.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

Marsden Wagner⁶ questiona a razão pela qual é colocada a palavra “doutor” na frente do nome dos médicos em todas as ocasiões do dia a dia. Lembra, ainda, que as únicas

⁶ Marsden Wagner é neonatologista e epidemiologista, passou 15 anos como diretor do Programa de Saúde da Mulher e da Infância da OMS.

pessoas a receberem igual tratamento são os clérigos e que este tipo de tratamento tem profundo impacto sobre a auto-imagem do médico.(Wagner, 1997) A palavra doutor vem do latim *docere*, que significa ensinar. Professores não estão no mesmo nível dos alunos; o professor detém a informação que é tida como necessária e hegemônica. Conseqüentemente, a premissa da educação e da prática médica é de que os médicos estão em um nível superior aos pacientes.

O fato de a autoridade estar centrada na figura do médico isenta o paciente da responsabilidade sobre o próprio tratamento; na medicina, assim como em outras áreas da vida das pessoas, a autoridade caminha de mãos dadas com a responsabilidade. Muitos médicos chamam para si toda a responsabilidade sobre o curso do tratamento ou de outra atividade médica, como por exemplo, na escolha do método anticoncepcional, onde o temor individual e o preconceito do médico a respeito de determinado método se refletem nas informações prestadas à cliente, influenciando-a na escolha que deveria ser pessoal. Normalmente apresenta-se uma opção como se fosse a única resposta possível, freqüentemente recusando-se a discutir formas de abordagem que não estejam alinhadas com o seu estilo de pensamento. Neste cenário, o papel mais confortável para o paciente é o de abdicar de suas preferências pessoais a favor da escolha do médico.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

O investimento sobre a autoridade e responsabilidade centrados na figura do médico e da instituição pode ser entendido como uma faca de dois gumes. Se por um lado este modelo favorece o poder sobre os pacientes e o estabelecimento de rotinas e procedimentos institucionais, por outro, serve como base para os processos médico-legais que responsabilizam os médicos ou as instituições por mortes ou lesões que estariam fora da possibilidade terapêutica e, que nenhum mortal seria capaz de evitar. O crescimento do número de processos contra médicos nos últimos 20 anos denuncia a forma como os dogmas do modelo tecnocrático viraram-se contra os seus criadores. Um dos médicos entrevistados por Davis-Floyd (1998) afirma: “*Se você escolhe brincar de Deus, você será responsabilizado pelos acidentes naturais.*”(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

A “Ciência” tem tido um papel importante dentro da visão de mundo hegemônica no século XX. Grandes feitos têm sido atribuídos aos cientistas. Mas como Buarque (2002) nos alerta “ *Do ponto de vista utópico, o final do século XX não se apresenta como um grande êxito civilizatório.*”(Buarque, 2002)

Nesses cem anos:

- A engenharia industrial realizou maravilhas de automação, aumentou de uma forma inimaginável as escalas de produção, mas não ampliou substantivamente o tempo livre das pessoas e, quando ampliou, jogou milhões no tédio e na droga; não resolveu e até agravou o problema da escassez entre uma enorme parcela da população mundial, criou um sério desequilíbrio ecológico, gerou um desemprego crônico;
- Graças à engenharia e à biotecnologia, a agricultura do século XX é capaz de produzir mais, em quase qualquer local, com muito menos trabalho, em melhores condições, com uma inimaginável produtividade, controlando a terra e as epidemias, não conseguindo ainda controlar o tempo, mas reduzindo muito seus efeitos, mas não resolveu e até acirrou o problema da desnutrição.
- Ao mesmo tempo em que graças ao avanço técnico o homem conseguiu criar riquezas em níveis não imaginados poucas décadas atrás, a desigualdade se ampliou entre os homens e entre as nações;
- A ciência médica conseguiu quase que dobrar a vida média das pessoas, conseguiu adiar o envelhecimento, fazer transplantes e prótese de órgãos, mas não conseguiu fazer com que estas vidas mais longas fossem certamente mais felizes;
- Ao mesmo tempo em que conseguiu integrar o planeta, o século XX desintegrou a sociedade humana, entre países e entre grupos sociais dentro de cada país.”(Buarque, 2002)

O avanço contínuo de uma medicina baseada na tecnologia, fundamentada por uma ciência materialista e reducionista, conduzida em parte por um avanço na neurociência, exerce uma forte influência nos modelos de atenção à saúde. O modelo científico é baseado na premissa da objetividade. Ele é criado sobre a pressuposição de que a única realidade válida é externa ao observador — separada de nossa experiência e destituído de qualquer propósito mais elevado ou intencionalidade, ou seja, pressupostamente neutro. Nesta perspectiva, a ciência médica apropriadamente focaliza seus esforços em desafios tais como o genoma humano, clonagem e transplantes e, assim é vista como um efeito colateral inexplicado dos processos biológicos — um epifenômeno.(Schlitz;Lewis, 1998)

Willis H. Harman, primeiro presidente do Noetics Institute of Science na Califórnia⁷, sublinha as três pressuposições básicas da ciência:

1. Objetivismo: a pressuposição de um universo objetivo, que pode ser explorado por métodos de pesquisa científicos, no qual pode-se fazer sucessivas aproximações, progressivamente mais precisas, através de métodos quantitativos;
2. Positivismo: a pressuposição de que o mundo verdadeiro é aquele que pode ser fisicamente mensurável;
3. Reduccionismo: a pressuposição de que realmente entendemos um fenômeno complexo (como a temperatura dos gases e pressão em termos do movimento de suas moléculas; comportamento humano em termos de estímulo e resposta) a partir da compreensão do comportamento de suas partes mais elementares. (Harman, 1987)

Objetivismo, positivismo e reduccionismo caracterizam a estrutura científica para o desenvolvimento, avaliação e implementação de técnicas diagnósticas e terapêuticas. Portanto, a ciência não leva em consideração a ambigüidade, subjetividade ou diferenças pessoais. Ela focaliza em fatos e hipóteses que possam ser comprovados através de pesquisas, preferencialmente quantitativas.

O público em geral, assim como os próprios profissionais de saúde, assumem que os médicos agem sempre baseados em evidências científicas. No entanto observa-se que:

- Os estudantes de medicina recebem pouco ou nenhum treinamento em pesquisa, o que dificulta o entendimento da diferença de objeto da medicina e da pesquisa na área da saúde e especificamente sobre o ato médico;
- Parte da produção científica recebe críticas de epidemiologistas por ser inconclusiva devido a desenhos de pesquisa inadequados;
- Os médicos, por sua vez, tendem a assumir de forma acrítica uma postura “científica” para tudo o que fazem, embora parte das rotinas e procedimentos não possua qualquer substrato científico. Na Obstetrícia em particular pode-se citar vários exemplos: o uso rotineiro e indiscriminado de episiotomia, enema, tricotomia, monitorização eletrônica intra-parto, que além de não terem respaldo

⁷ <http://www.noetic.org/>

científico são comprovadamente danosas à saúde.(Enkin *et al.*, 1995; Goer, Henci, 1995; Wagner, 1994b)

A Obstetrícia também supervaloriza o uso da tecnologia de ponta. Se o obstetra utiliza um estetoscópio de Pinnard para auscultar os batimentos cardíacos do feto, esse estetoscópio é meramente um meio, uma ferramenta para obtenção de resultados, mas no caso da utilização de alta-tecnologia a máquina é colocada na frente, é o objeto principal. Mais do que um meio, a máquina é considerada como fundamental para a obtenção dos resultados. Por exemplo, quando um obstetra executa a Manobra de Leopold⁸ ele toca a cliente, fala com ela, presta atenção utilizando o próprio sentido do tato, chegando a um diagnóstico que depende, de forma exclusiva, desse sentido. Quando o mesmo obstetra utiliza a ultra-sonografia para o mesmo fim, apenas a máquina toca ou interage com a mulher; o papel do médico resume-se à interpretação dos resultados obtidos eletronicamente, o que em geral é considerado mais objetivo e, portanto, mais confiável do que a manobra, que depende da interpretação subjetiva do médico.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

Davis-Floyd (1998) cita a expressão cunhada por John Naisbitt: *‘high tech, low touch’* (alta tecnologia, pouco toque) para enunciar a supervalorização da tecnologia em nossa cultura e a concomitante depreciação do contato interpessoal. Esta mudança ocorrida na Obstetrícia, que partiu de uma prática baseada na relação interpessoal entre o obstetra e a mulher para uma Obstetrícia mediada por máquinas, ocorreu concomitantemente à transformação da sociedade em uma cultura mediada por máquinas. *“Particularmente o povo norte-americano é considerado por antropólogos como a sociedade em que o toque, o contato com as mãos, é menos realizado em todo o mundo.”*(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b) Jerry Mander citado por Davis-Floyd (1998) descreve este povo: *“From morning to night we walk through a world that is totally manufactured, a creation of human invention. We are surrounded by pavements, machinery, gigantic concrete structures. Automobiles, airplanes, computers, appliances, television, electric lights, artificial air have become the physical universe with which our senses interact.”*(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b) Minimizando o contato humano esse povo maximizou o contato com as máquinas, com a tecnologia.(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b) Essa

⁸ Manobra executada em quatro etapas, com a finalidade de diagnosticar a disposição do feto dentro do útero.

tecnologia não somente permeia nossa cultura, mas alavanca nossa evolução cultural, que pode ser definida como a evolução dos sistemas de baixa para alta tecnologia. O próprio conceito de progresso está fortemente vinculado à alta tecnologia. Esse conceito produziu um forte impacto na medicina e em particular na Obstetrícia, onde progresso significa o desenvolvimento e a utilização de máquinas cada vez mais complexas. O uso dessas não é precedido de investigações que comprovem a utilidade de seu emprego ou mesmo se não traria mais danos do que bons resultados; e a propaganda demonstra apenas as vantagens sem se preocupar com os riscos.

A questão não é se a tecnologia é boa ou má. A forma como essa tecnologia é utilizada é que pode ou não estar correta. Aviões podem ser utilizados, por exemplo, para o transporte de doentes, para turismo ou transporte de alimentos, mas também podem lançar bombas sobre uma população civil.

Tanto quanto se conhece não há nenhuma civilização, nenhuma cultura que não utilize rotineiramente uma série de utensílios para atenção ao parto e nascimento. O que varia primeiramente é a decisão do porque usar e isso determina o nível de complexidade de tais utensílios, quando comparamos o parto assistido por parteiras com o parto conduzido por obstetras nos países industrializados.

O nível mais simples de tecnologia⁹ é encontrado nas sociedades tradicionais antes de serem influenciadas pela medicina ocidental. Em nosso país observa-se a convivência entre esse tipo de tecnologia com a alta tecnologia, na medida em que a última é acessível a apenas parte da população nacional. Jordan (1993) observa que no nível mais simples de utilização de tecnologias, como na cultura maia por exemplo, os instrumentos são simples, poucos e, na sua maioria, disponíveis em qualquer residência: uma rede, uma manta ou

⁹ “O significado da palavra ‘tecnologia, como o de ‘ciência’, mudou consideravelmente no decorrer dos séculos. O termo original **technologia**, derivado de **techne** (arte), significava um discurso sobre as artes. Quando o termo foi usado pela primeira vez em língua inglesa, no século XVII, significava uma discussão sistemática sobre as ‘artes aplicadas’, ou seja, os ofícios, e aos poucos passou a designar os próprios ofícios. No começo do século XX, esse significado foi ampliado e passou a incluir não só as ferramentas e máquinas como também métodos e técnicas. É assim que falamos, por exemplo, de uma ‘tecnologia da administração’ ou de ‘tecnologias de simulação’. Hoje em dia, a maior parte das definições de tecnologia dão ênfase à relação desta com a ciência. O sociólogo Manuel Castells* define a tecnologia como ‘o conjunto de instrumentos, regras e procedimentos através dos quais o conhecimento científico é aplicado de maneira reprodutível a uma determinada tarefa’”CAPRA, FRITJOF. *A realidade social***As conexões ocultas** São Paulo, 2002c. p.83-105.

*Castells M. Materials for a exploratory theory of the network society. Br J Sociology, Vol 51, nº 1, janeiro/março de 2000.

cadeira, alguns travesseiros ou almofadas, um instrumento afiado para o corte do cordão umbilical; este conjunto de instrumentos são encontrados na maioria dos partos em populações tradicionais.(Jordan, 1993b)

O nível intermediário pode ser exemplificado pelos partos domiciliares na Holanda, tipicamente atendidos por parteiras e com a presença de familiares e amigos. Neste ambiente surgem alguns instrumentos especializados como o estetoscópio, instrumentos para massagens, etc. Embora este nível intermediário não seja objeto de estudo deste trabalho, cabe realçar que muitos autores consideram-no apropriado para a atenção ao parto e nascimento em países desenvolvidos.(Francome;Savage, 1993; Hingstman, 1994; Mckey, 1993; Oppenheimer, 1993; Rothman, B.K., 1996)

Alta tecnologia é encontrada nos partos hospitalares nos países industrializados e nos países em desenvolvimento que incorporaram a influência do modelo norte-americano, onde a atenção ao parto é centrada na figura do especialista e onde se deposita grande confiança em instrumentos complexos e especializados. Os artefatos utilizados para a condução do parto nunca são fornecidos pela parturiente ou sua família e são inacessíveis e incompreensíveis para os participantes não especializados.(Jordan, 1993b)

A relação com a morte ou outros resultados adversos constitui um dos dilemas deste modelo de atenção. Na medida em que os obstetras tornaram-se os profissionais hegemônicos na atenção ao parto e, na busca do poder atribuído aos especialistas, excluíram outros profissionais – como as parteiras tradicionais e as obstetrizas – chamaram para si toda a responsabilidade em descrever, explicar e mesmo prever a morte. Este oferece, ou pretende oferecer, uma proteção eficaz contra os perigos do parto e do nascimento. Na discussão sobre o local adequado para o parto o discurso médico contrapõe a segurança da atenção hospitalar *versus* os riscos do parto domiciliar, como se no hospital todo o risco estaria sob controle. No entanto, o preço pago pelas mulheres ao aceitar este esquema foi uma limitação severa da sua autonomia e uma depreciação severa do seu autoconhecimento e habilidades. Paradoxalmente, direcionando o foco da discussão para a vitória contra a morte, a obstetrícia veio a limitar a discussão sobre a morte e sobre uma série de metáforas que as pessoas poderiam utilizar para lidar melhor com a perda. Esta forma de pensar e agir tem servido para deixar tanto os profissionais quanto as mulheres despreparados para qualquer resultado adverso, principalmente para lidar com a morte.

A obstetrícia utiliza noções de normalidade e risco que demonstrem a eficácia do seu saber por meio do qual a exposição ao risco da morte seria reduzida. Entretanto, os

obstetras são extraordinariamente relutantes em discutir abertamente as possibilidades de morte com cada mulher individualmente e, quando o faz, utiliza-se de formas dissimuladas. O lema de que o parto normal seria aquele que não apresentou nenhum desvio da normalidade — portanto, só pode assim ser classificado de forma retrospectiva — é uma forma dissimulada de dizer que a morte pode ocorrer, que o nascimento é imprevisível e incerto. Acredita-se que a obstetrícia dissimule esta mensagem devido à necessidade de manter sua boa reputação, isto é, a morte desnuda uma das características da ciência que é a pretensão de lidar com a vida e com a morte.(Murphy-Lawless, 1998)

Em termos históricos, a ambição em atingir o conhecimento completo e assim ser capaz de reduzir ou eliminar as incertezas é parte da modernidade e, quando se expressa desta forma, a obstetrícia se revela como uma ciência moderna. E, a despeito da apresentação da morte como um fator previsível, a realidade no nascimento é que sempre pode ocorrer algo inesperado e indesejado, incluindo a morte. O problema é como esta realidade afeta a prática diária, e, conseqüentemente a relação médico-cliente.

A obstetrícia lida com estas questões através do conceito de risco. A discussão sobre risco tem sido uma constante nos textos especializados quando há controvérsias sobre quem deve deter o poder sobre determinada prática, a mulher ou a medicina. Por exemplo, sempre que se compara o parto hospitalar — sob o controle do médico — com o parto domiciliar — em geral atendido pela parteira — o cerne da discussão é geralmente a segurança para a mãe e para o feto, segurança que significa uma redução mensurável do risco de morbi-mortalidade. No entanto, a ciência falhou em demonstrar esta verdade, sendo que o parto domiciliar hoje é considerado tão seguro quanto o hospitalar, trazendo a vantagem de ser realizado com menos intervenções.(Schlenzka, 1999) Por outro lado, quando se trata de introduzir-se novas tecnologias abandona-se este critério de avaliação. Por exemplo, a utilização do misoprostol para indução do parto foi acompanhada de vários trabalhos que comprovaram sua eficácia (41 ensaios clínicos randomizados), mas não há sequer uma pesquisa, com desenho científico correto, que comprove ser o uso desta substância seguro, tanto para a mulher quanto para o feto.(Wagner, 2000a) A Fundação Cochrane, ao final de uma extensa revisão sistemática, não recomenda o uso do misoprostol para a indução do parto.(Hofmeyer;Gulmexoglu, 2000) No entanto, o uso desta substância com esta finalidade é bastante difundido.

A pretensão de que a obstetrícia seja capaz de medir e responder aos fatores de risco necessita de ser reexaminado. A habilidade em prever, controlar e diminuir a taxa de

mortalidade durante o nascimento não pode ser, de forma alguma, garantida. Marsden Wagner (OMS) sugere que os argumentos baseados nos critérios de risco não passam de uma arma utilizada para amedrontar as mulheres, mesmo por que não há qualquer uniformidade nos critérios de avaliação destes riscos.(Wagner, 2000a) E a razão pela qual não existe um critério uniforme de risco é que as complicações da gravidez, parto e nascimento têm, de forma consistente, escapado da detecção pelos sistemas propostos pela obstetrícia. A tendência crescente tem sido definir cada aspecto da gravidez e do parto em termos de fatores de risco numa tentativa equivocada de cobrir todas as eventualidades, evitando-se, desta forma, todos os resultados adversos.(Murphy-Lawless, 1998)

Dentro deste quadro de referências, especialmente no que diz respeito ao corpo feminino enquanto uma entidade reprodutiva, as mulheres são ativamente desencorajadas à auto-ajuda, ou mesmo a fazerem julgamentos sobre o bem-estar de seus corpos. Quando a questão leva a considerar o bem estar de seus bebês, o que é melhor para eles, o papel da mulher restringe-se, na maioria das vezes, a uma injunção negativa imposta pela medicina – diz-se o que não deve ser feito, e o que seria permitido fazer geralmente limita-se a pequenos cuidados e à noção da necessidade de se buscar auxílio profissional. Esta é uma forma extraordinária de exercício do poder por parte dos médicos e instituições alinhados com a tecnomedicina. Especificamente na obstetrícia, isto está relacionado com o desenvolvimento do saber especializado que trabalha para obstar e excluir qualquer interpretação do corpo feminino que seja originário de qualquer outro paradigma, o que resulta uma situação de medo e ansiedade, compartilhados tanto pelos profissionais quanto pelas mulheres e, “desempoderando”¹⁰ (*disempowerment*) , sobremodo, as últimas.

Assim como a cultura dominante que criou tal modelo de atenção, a tecnomedicina vê a si própria como a única forma científica e, conseqüentemente, reconhecida pela sociedade, de lidar com a saúde. Isto não significa que não existam outras formas de cura, ou mesmo, que as não reconheçam como ameaça ao modelo que preconizam, e por isto mesmo apresentam argumentos para invalidar outras formas de conceber e lidar com a saúde e a doença. Recentemente, os proponentes da tecnomedicina, que não costumam respeitar e nem sequer considerar como possível objeto de estudo outras abordagens terapêuticas e consideram-se os detentores do monopólio da atenção médica, foram

¹⁰ Por falta de vocábulos na língua portuguesa que expresse o sentido da palavra *disempowerment*, o autor adotará o termos **desempoderamento**.

surpreendidos por um artigo publicado no *New England Journal of Medicine*, conduzido por David Eisenberg & cols (1993). (Eisenberg *et al.*, 1993) Este estudo revelou que um terço dos americanos faz uso de alguma forma alternativa de assistência à saúde, com o qual, em 1990, foram gastos em torno de US\$14 bilhões, dos quais US\$10 bilhões do próprio bolso – quase os US\$12 bilhões gastos do próprio bolso com internações hospitalares no mesmo ano. O estudo demonstrou ainda que neste mesmo período os americanos realizaram 425 milhões de consultas em consultórios (quiropática, acupuntura, homeopatia, entre outros), excedendo o número de consultas, durante o mesmo período, a clínicos, tocoginecologistas, generalistas e pediatras combinados. Estes dados causaram um grande impacto na classe médica, que pensava ser o seu sistema o único a quem a população creditava valor. (Davis-Floyd, Robbie; St. John, 1998b)

A palavra hegemonia¹¹ refere-se a uma ideologia adotada pelo grupo dominante em uma dada sociedade. O termo hegemonia está indissociavelmente ligado à conquista e manutenção do poder, isto implica em salientar uma das características essenciais da ideologia hegemônica, qual seja, o fato dela ser contestada por outros grupos. Em uma sociedade complexa, como por exemplo, a norte-americana, nenhum grupo de idéias sobre economia, religião ou medicina é igualmente compartilhada por todos. Entretanto, existem ideologias que são obviamente dominantes, o neoliberalismo, por exemplo, ou a tecnomedicina na área da saúde.

¹¹ “A melhor maneira de entender a hegemonia é como a **organização do consentimento**: os processos pelos quais se constroem formas subordinadas de consciência, sem recurso à violência ou à coerção.” BARRETT, MICHÈLE. Ideologia, política e hegemonia: de Gramsci a Laclau e Mouffe. In: ZIZEK, SLVOJ. **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro, 1999. p.235-64.

Quando uma ideologia é hegemônica, como a tecnomedicina se tornou após a publicação do *Flexner Report*¹², todas as outras ideologias foram transformadas em “**alternativas**” a este modelo. Embora essas “alternativas” tenham conquistado algum respeito na sociedade, a tecnomedicina ainda dita as regras, definindo doenças, padrões culturais e de tratamento. Qualquer sistema – médico, econômico, religioso, ou qualquer outro – que ganhe ascendência sócio-cultural e conquiste a hegemonia, torna-se rígido, resistente à mudanças ao desprezar novas informações e recusar a incorporação de evidências que o contradigam. Isto trás em si grande perigo, tanto para o sistema quanto para os seus usuários. Este sistema hegemônico pode se beneficiar de um ataque frontal que o torne mais flexível e responsivo a mudanças.

Sobre essa questão é importante lembrar os ensinamentos de Fleck recuperado através do encadeamento proposto por Da Ros (2000):

“...Se um grupo existe durante um tempo suficiente, o EP fica fixado e adquire uma estrutura formal (p.150). Em função disto, fica criado... Um ponto de vista, que resiste a inovações, reinterpreta o novo e o adapta ao sistema de idéias...(p. 95)...Esta tendência à persistência demonstra que não foram as denominadas observações empíricas que levaram a cabo a construção e a fixação da idéia, e sim que intervieram fatores especiais ancorados profundamente na tradição e na psicologia (p.48);”

“Os coletivos compostos desta forma têm um sistema cerrado de idéias, de tal maneira que...Um entendimento imediato entre defensores de distintos EPs é impossível (p. 83). (Ros, 2000) Grifo meu.

¹² “Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”. Abraham Flexner, 1910. No início do século XX existia um forte movimento sob a tutela dos alopatas para desacreditar outras formas de abordagem sobre saúde e doença, em particular os homeopatas. Os alopatas estavam perdendo sua autoridade como médicos, e estava lutando para conquistar o controle da profissão médica. A resposta a esta inquietação veio em 1910, com a publicação do Flexner Report. Este relatório classificou as escolas médicas e hospitais em três categorias, da melhor à pior, conferindo-lhes a cada uma delas uma letra – A, B e C respectivamente. Flexner recomendou de forma honesta e aberta que as melhores escolas deveria se fortalecer adotando o modelo da Johns Hopkins, algumas poucas classificadas como “B” deveriam ser trabalhadas para atingir o padrão “Johns Hopkins”; as restantes, classificadas como “C”, deveriam ser fechadas. Isto foi excelente para as aspirações dos alopatas pois a Johns Hopkins era uma escola voltada primariamente para a biomedicina. Nos anos subseqüentes a escola de medicina que quisesse obter prestígio teria que reformular o processo educacional baseando-se no modelo da Johns Hopkins. A educação médica foi alterada drasticamente por este relatório que contribuiu para a hegemonia da tecnomedicina e a exclusão de outras formas de atenção à saúde.

Segundo Da Ros, Fleck chama isso de incongruência/ incomensurabilidade. E é esta incongruência que rege o diálogo entre os vários modelos de assistência ao parto.

Dentre os diferentes procedimentos obstétricos adotados no modelo tecnocrático, elegemos a episiotomia, por ser a cirurgia mais prevalente em nosso meio, para aqui abordá-la, pois se constitui em um exemplo emblemático deste estilo de pensamento. Isto não significa dizer que as demais rotinas e procedimentos obstétricos não mereçam atenção, como por exemplo, a cesariana na realidade brasileira, e acerca disso vários estudos se encontram na literatura publicada.

Episiotomia

“Tudo, é claro, depende do que nós definimos como normal”

Dr. Joseph B. DeLee, 1920(Delee, Jos B, 1920a)

Episiotomia ou, de forma mais apropriada, perineotomia; é a ampliação cirúrgica do canal do parto, realizada na hora do nascimento, com a intenção de facilitar a saída do bebê e, segundo Rezende, “proteger o períneo”.(Rezende, J. D., 1982b)

O debate sobre o manejo adequado do períneo durante o período expulsivo já dura mais de um século. O seu uso rotineiro como uma solução seja para a proteção do períneo, seja para a proteção do recém-nascido, surgiu com o advento da Obstetrícia enquanto especialidade médica. Mesmo na atualidade os dados sugerem que o uso estendido e rotineiro da episiotomia está mais relacionado aos obstetras do que às parteiras ou às midwives.(Wagner, 1994c) Na realidade, a discussão sobre episiotomia na literatura médica deteve-se mais em ‘como’ do que ‘quando’ realizá-la, haja vista a profusão de trabalhos que avaliam as vantagens e desvantagens entre as várias técnicas cirúrgicas, como por exemplo, entre a médio-lateral e a mediana. As taxas de episiotomia, pelo menos nos EUA, cresceram na razão direta da institucionalização do parto e do nascimento (Wagner, 1994c). Esta cirurgia pode ser vista como um dos elos na longa cadeia de intervenções no modelo de atenção tecnocrático.

Para que se possa entender o uso alargado e rotineiro da episiotomia na atualidade é preciso que este procedimento seja considerado como parte da abordagem médico-cirúrgica do parto e do nascimento.

Embora não se saiba exatamente quando se iniciou a prática da incisão no períneo durante o parto, esta operação foi proposta pela primeira vez na literatura inglesa em 1742 por Sir Fielding Ould. Este autor, o segundo na hierarquia do *Rotunda Lying-in Hospital*¹³ em Dublin, indicava a cirurgia como uma das maneiras de salvar a vida da criança e descrevia a operação desta forma:

“Eventualmente acontece, embora o parto esteja transcorrendo bem, que a cabeça da criança tenha percorrido o caminho através dos ossos da pélvis, mas não consiga progredir devido à extraordinária constrição da vagina, de forma que a cabeça, após passar pelos ossos de encontro à carne e tegumentos, como se estivesse contida em uma bolsa, condição que ao prolongar o parto pode ser perigosa, devido ao risco de ter o orifício do útero contraído sobre o pescoço da criança; por isso ele deve ser dilatado se possível com os dedos, e forçado sobre a cabeça da criança; se isso não for possível, deve-se executar uma incisão em direção ao ânus com um par de tesouras curvas; introduzindo a lâmina entre a cabeça e a vagina, tanto quanto se pensar que seja necessário para o propósito, e o serviço está feito em um piscar de olhos, e todo o corpo saíra facilmente².”
Ould (1742) apud Graham (1977)(Graham, 1997c)

Fleck (1980), introduziu o conceito de proto-idéias *“que surgem em determinado momento histórico, mas não são consideradas pertinentes para os estilos hegemônicos, e que, então, ressurgem noutro momento, quando novos conhecimentos são superpostos, como fundamentais para o desenvolvimento de um novo estilo; a rearticulação novo-velho – onde Fleck assegura que o novo conhecimento é sempre nascido do velho, e que o velho sempre tem elementos do novo em seu interior, permitindo que dele possa surgir esse novo”*.(Ros, 2000)

Por aproximadamente cem anos esta cirurgia foi praticamente esquecida pela literatura científica inglesa. Na primeira metade do século XIX alguns autores apresentaram modificações na técnica. Estes autores, ainda que de forma incipiente, introduziram o conceito do uso profilático, no sentido de evitar as lacerações (Graham, 1997c), distanciando-se da abordagem que encarava a episiotomia como o último recurso, na resolução do parto difícil.

¹³ Lying Hospital = Maternidade

Ritgen, em 1820, sugeriu a execução de múltiplos cortes superficiais em torno do orifício vaginal como um método efetivo na proteção perineal contra as rupturas.

Na França, em 1847, o Prof Dubois foi creditado como o primeiro cirurgião a sugerir a incisão oblíqua do períneo (Nugent, 1935). Em 1850 e 1852, Eichelberg & Scanzoni recomendavam a incisão lateral e a bilateral.

A despeito das inúmeras técnicas de se incisar o períneo, durante a primeira metade do século XIX a episiotomia não obteve respaldo na comunidade médica. O interesse despertado na época por esta cirurgia era tão pequeno que o seu batismo só ocorreu em 1857 quando o vienense Carl Braun sugeriu o termo “episiotomia”. O próprio autor a executou poucas vezes condenando-a como desnecessária (Nugent, 1935).

Nos EUA e Canadá a situação foi mais ou menos a mesma: esta cirurgia era raramente executada. O primeiro relatório escrito sobre o uso da episiotomia foi publicado no “*The Stethoscope and Virginia Gazette*”, por um cirurgião de renome:

“Quando isso foi feito por mim eu não estava ciente que já havia sido realizado antes e eu fiquei realmente preocupado que meus irmãos profissionais me condenasse.”³ (Longo, L. D., 1976).

Entre 1870 e a segunda década do século XX, a episiotomia tornou-se gradativamente aceita como uma operação utilizada como recurso derradeiro nos casos em que se previa a possibilidade de ruptura perineal. Durante este período, um número crescente de obstetras de renome nos EUA, Inglaterra, Escócia e Irlanda começou a indicar a operação somente em casos de desespero. Esses formadores de opinião enfatizavam em seus livros ou monografias sobre o manejo do períneo na hora do parto, que esta operação deveria ser reservada para aqueles casos, raros, anormais ou extremamente difíceis quando a postura expectante aparentar não ser efetiva no sentido da proteção perineal contra lacerações severas.

A aprovação do uso emergencial da episiotomia por estes autores baseava-se na crença de que esta operação ofereceria os meios de prevenção e controle da extensão, localização e profundidade de uma laceração, quando esta não pudesse ser evitada. Os obstetras, ainda alegavam, que ao realizar a episiotomia estariam de certa forma evitando um dano ao esfíncter anal. Outros também alegavam que a cicatrização secundária à episiotomia era melhor do que as secundárias às lacerações.

A declaração feita por Madden em 1872, na primeira publicação especializada no campo da Obstetrícia e Ginecologia, o *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, em um artigo intitulado: “*On Laceration of the Perinaeum, Sphincter Ani, and Recto-vaginal Septum – Their Prevention and Sugical Treatment*” citada por Grahan(Graham, 1997c) é ilustrativa da forma como um dos mais influentes obstetras da época pensava a respeito do uso da episiotomia:

“Quando este acidente parece inevitável, ele pode ser prevenido incisando-se o períneo de tal forma que se estabeleça uma passagem suficiente para a criança, e ao mesmo tempo, proteja a mãe do risco da laceração reto-vaginal... Recentemente foi proposto, nos casos em que se observa uma ruptura iminente do períneo durante o parto, que uma incisão seja feita na pele, expandindo as estruturas, desta forma aliviando a tensão existente. Eu tenho colocado esta proposta na prática em várias ocasiões com grande vantagem, na medida em que o períneo, desta forma, geralmente é salvo de lacerações, que anteriormente aparentava como inevitável. Além disso, a ferida é limitada pela extensão da incisão, e geralmente cicatriza em poucos dias sem tratamentos especiais. No entanto, eu não recomendo esta medida, exceto nos raros casos em que uma boa proteção do períneo falhe.”⁴

Recorrendo a livros-texto, o mesmo autor cita Lusk no *The Science and Art of Midwifery*. Lusk foi um professor de Obstetrícia e doenças femininas além de fundador da Sociedade Americana de Ginecologia (**American Gynecological Society — AGS**). Seu livro é considerado um dos mais importantes trabalhos publicados nos EUA no final do século XIX. Sob o título “*Preservation of the Perineum*”, Lusk escreveu:

“Quando, no julgamento do médico, a ruptura do períneo parece inevitável, ele está autorizado a fazer incisões laterais na vulva para aliviar a tensão sobre o septo reto-vaginal. Aplica-se o termo episiotomia a esta operação. Através dela não somente se previne o perigo da laceração profunda em direção ao esfíncter anal, mas, permitindo eleger a posição, as feridas são capazes de cicatrizar espontaneamente; ao passo que, quando as lacerações seguem a rafe, a retração dos músculos transversos do períneo produzem uma lacuna o que interfere com a sua união imediata. No entanto, como qualquer ferida perineal é um fator de risco no puerpério, episiotomia não deve nunca ser realizada enquanto houver esperança de preservar o períneo. Essencialmente é uma operação para principiantes, a ocasião de sua adoção diminui conforme aumenta a experiência.”⁵ (Lusk, 1884:210)

A abordagem sobre o uso da episiotomia permaneceu inalterada nas edições subsequentes do livro de Lusk (1885 e 1895).

A discussão /acerca do seu emprego como último recurso foi abordada por vários outros autores de renome na época; muitos destes eram professores em algumas das mais prestigiadas escolas de medicina e, alguns, autores de livros de Obstetrícia. Todos eles, formadores de opinião, pertenciam às mais renomadas instituições médicas da época: a AGS ou o *Royal College of Physicians and Surgeons* (Inglaterra, Escócia e Irlanda). A AGS é a mais antiga sociedade de ginecologia do mundo, fundada em 1867. A admissão neste grupo era considerada como uma honra ou uma condecoração da mais alta ordem (Beacham, 1953).

No período em que se defendia o uso emergencial da episiotomia, oito obstetras americanos eram membros da AGS: três eram membros fundadores (Barker, Lusk e Parvin); quatro (Garriges, Reamy, Hirst, e Edgarm) eram membros eleitos (entre 1877 e 1893) e Webster, membro honorário em 1898 (Graham, 1997c).

Na Inglaterra, Escócia e Irlanda os médicos que se pronunciavam a favor do uso excepcional da episiotomia, da mesma forma que seus pares americanos, também eram membros proeminentes de sociedades médicas (Graham, 1997c).

Enquanto a maioria das autoridades obstétricas defendia, no final do século XIX, o uso da episiotomia estritamente como uma operação de emergência, um pequeno número de médicos, na sua grande maioria nos EUA, iniciava um movimento no sentido da ampliação das indicações desta cirurgia. Estes médicos, considerados os precursores do uso liberal da episiotomia, foram os primeiros a publicar artigos inteiramente devotados ao tema (Graham, 1997c).

Os primeiros artigos foram publicados no *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* (Broomall, 1878; Manton, 1885), *Archiv für Gynäkologie* (Credé & Cope, 1884), *New York Medical Journal* (Wilcox, 1885), *Brooklyn Medical Journal* (Jewett, 1890) e no *Annals of Gynæcology and Pædiatry* (Stahl, 1895) (Graham, 1997c).

Estes autores, acreditando que a episiotomia não estava recebendo a atenção devida pelos ginecologistas da época, publicaram vários trabalhos sobre os benefícios da cirurgia. Algumas das vantagens apregoadas por eles era baseada na crença, bastante familiar, de que a episiotomia ofereceria algum controle sobre a extensão e a direção das lacerações

perineais. A citação seguinte, extraída de Graham (1997) exemplifica a importância dada a este modo de ver a episiotomia:

*“Admitindo-se que a laceração é inevitável, a operação a remove a linha mediana e a coloca na posição exata escolhida pelo parteiro. Isto evita o risco da laceração sobre o esfíncter anal, e também alivia a tensão sobre o septo reto-vaginal, prevenindo uma laceração mediana... Também... episiotomia limita a extensão da lesão.”*⁶ (Wilcox, 1885:177-8)

Em outros casos, os entusiastas da episiotomia afirmavam que a cirurgia, na verdade, ou prevenia totalmente as lacerações perineais, ou, no pior cenário, as reduzia ao mínimo possível (Crede & Cope, 1884; Wilcox, 1885; Manton, 1885; Jewett, 1890). Crede & Cope (1884) e Manton (1885) avançavam na defesa da episiotomia quando afirmavam que ela também reduzia o período expulsivo, diminuindo, assim, o sofrimento materno durante um parto prolongado e doloroso (Graham, 1997c).

Jewett (1890) e Stahl (1895) advogavam a ampliação do uso da episiotomia baseados na crença de que após esta cirurgia seria mais fácil e seguro a reparação à integridade original do períneo, o que, segundo estes autores, não acontecia após uma laceração espontânea.

Jewett (1890:708) citado por Graham (1997:24) afirmava que:

*“Eu tenho freqüentemente ficado chocado com a solidez do períneo após uma episiotomia típica que tenha sido suturada e esteja cicatrizada. A tonicidade do assoalho pélvico apresenta um contraste marcante com o que usualmente segue à uma sutura imediata de um períneo profundamente lacerado.”*⁷ (Graham, 1997c)

Finalmente, Stahl (1895:676) assegurava que a episiotomia salvava a vida dos recém-nascidos:

*“...episiotomia é um instrumento, por excelência, ajudando como nenhum outro instrumento a preservação da vida do feto e do períneo materno, ... eu estou satisfeito em saber que exista um instrumento tão eficiente e ainda tão simples quanto a episiotomia mediana sob o meu comando, na prática privada ela tem freqüentemente me ajudado a salvar a vida do feto e sempre na preservação do períneo e outras partes do trajeto mole.”*⁸ Stahl (1895:676)

Nos EUA e Canadá a substituição do uso emergencial pelo rotineiro da episiotomia foi resultado de uma “cruzada” realizada no período compreendido entre 1915 e 1935(Graham, 1997a). Nesta época iniciou-se a discussão sobre a substituição da indicação emergencial e excepcional da episiotomia pelo seu uso profilático.

“Episiotomia deve ser realizada por propósito profilático e não como uma necessidade emergencial. Deve ser um método de escolha e não da necessidade.”⁹

Ao se examinar de forma mais atenta a literatura médica desta época, pode-se observar a existência de duas fases bem distintas. Uma fase inicial, entre 1915 e 1925, onde encontramos um pequeno número de autoridades obstétricas defendendo o uso rotineiro ou profilático da episiotomia. Durante a segunda fase, compreendida entre 1925 e 1940, um número maior de obstetras reconhecidos advogou o uso profilático.

Durante esta época, em que a maioria dos profissionais médicos acreditava que a episiotomia era uma cirurgia a ser utilizada apenas em situações de emergência, alguns médicos preeminentes iniciaram um trabalho de convencimento de seus pares em direção ao uso profilático desta cirurgia com as seguintes alegações(Graham, 1997a):

4. A episiotomia previne lacerações perineais, conseqüentemente prevenindo a morbidade materna associada a esta condição;
5. Uma episiorrafia bem feita conduz o períneo ao estado pré-gravídico;
6. Episiotomia abrevia o período expulsivo diminuindo, desta forma, a morbidade e mortalidade neonatal;
7. Episiotomia previne problemas ginecológicos que podem aparecer até alguns anos após o parto (cistocele, retocele e relaxamento do assoalho pélvico – prolapso uterino).
8. DeLee, em 1920, publicou uma das mais emblemáticas defesas do uso profilático desta cirurgia:
 - “**Primeiro**, ela salva a mulher dos efeitos debilitantes do sofrimento com o primeiro estágio ou com um segundo estágio prolongado...
 - **Segundo**. Ela indiscutivelmente preserva a integridade do assoalho pélvico e o intróito vulvar e impede o prolapso uterino, ruptura do septo vésico-vaginal e uma longa cadeia de seqüelas previamente descritas. Condições virginais são freqüentemente restauradas.

- **Terceiro.** Ela salva o cérebro fetal de injúrias e de efeitos imediatos e tardios da compressão prolongada. Incisão do trajeto mole não somente permite a diminuição do segundo estágio, ela também alivia a pressão sobre o cérebro e irá reduzir a quantidade de idiotice, epilepsia, etc. o parto fácil e rápido também previne asfixia, tanto nos efeitos imediatos quanto nas influências remotas sobre a vida da criança.”¹⁰ (Delee, Jos B, 1920a)

Dos quatro itens citados acima, os três primeiros já eram utilizados na defesa do método desde o século XIX. Porém, a asserção de que a episiotomia tinha como uma de suas indicações a prevenção de problemas ginecológicos futuros foi central na defesa do seu uso profilático(Graham, 1997a).

“By this procedure, as simple and easy to repair as a first degree laceration, we have restored the vaginal canal to an almost virginal condition, and in no case has vaginal relaxation followed.”(Elkin, 1922)

O lançamento da campanha pelo uso profilático da episiotomia pode ser atribuído ao Encontro Anual da AGS de 1915, quando Brooke Anspach, ginecologista associado da Universidade da Pensilvânia declarou que a *“episiotomia reduziria o impacto físico conseqüente ao trabalho de parto e, por facilitar e acelerar o parto reduziria a mortalidade infantil e a morbidade materna”*(Anspach, 1915) Três anos depois, diante da mesma sociedade, Pomeroy(Pomeroy, 1918) juntou-se à campanha ao indicar a episiotomia para todas as primíparas. Dentre outros médicos que aderiram à campanha, foi Joseph B. DeLee quem publicou o artigo mais conhecido e possivelmente o de maior importância para a divulgação e aceitação da episiotomia como/enquanto um procedimento de rotina; perante o 45º Encontro Anual da AGS, em 1920, apresentou sua proposta de modelo de atenção ao parto, por ele denominado de *“Fórcipe Profilático”*(Delee, Jos B, 1920b), onde, dentre outros temas abordados, indicava o uso rotineiro da episiotomia(Everett;Taylor, 1976).

Durante esta primeira fase, a última importante contribuição foi fornecida por David Deutschman em 1924(Deutschman, 1924) ao definir/propor o uso da episiotomia como rotina e não mais como um procedimento de exceção.

Esta proposta obteve atenção substancial por parte da comunidade científica. Por quatro vezes foi tema das reuniões anuais da AGS e da American Association of Obstetrics

and Gynecology – AAOG, platéia seleta que reunia os mais respeitados obstetras e ginecologistas da época(Graham, 1997a).¹¹

Alguns autores consideram DeLee como um dos principais responsáveis pela divulgação e aceitação do método(Everett;Taylor, 1976; Pilkington;Cunningham;Johnson, 1963). Naquela época e por algumas décadas após, DeLee, um obstetra preeminente em Chicago, exerceu uma influência marcante sobre o ensino e sobre o pensamento dos obstetras, seja através de seu livro texto “*Principles and Practices of Obstetrics*”¹², seja através da editoração do “*Yearbook of Obstetrics*”, cargo que ocupou por quase quatro décadas(Graham, 1997a).

No encontro anual da AGS de 1920 DeLee apresentou o seu mais paradigmático trabalho intitulado: *The Prophylactic Forceps Operation*(Delee, Jos B, 1920a____b). Neste trabalho DeLee apresentou um método de abordagem ao parto normal onde afirmava que “*The ‘Prophylactic forceps operation’ (...) is a rounded technique for the conduct of the whole labor, with the defined purpose of relieving pain, supplementing and anticipating the efforts of Nature, reducing the hemorrhage, and preventing and repairing damage.*”(Delee, Jos B, 1920a) A episiotomia profilática era uma das técnicas abordadas, uma das mais importantes, neste “pacote” de medidas proposto por DeLee. Em essência, este modelo de atenção propunha: a infusão de morfina e escopolamina (provoca amnésia anterógrada) durante o primeiro estágio do parto, episiotomia médio-lateral, alocação do fórceps, injeção de derivados do ergot e ocitocina para a prevenção da hemorragia pós-parto, extração manual da placenta, episiorrafia, infusão de mais morfina e escopolamina com o intuito de abolir, tanto quanto possível, a memória do parto.

Muitas autoridades consideram a adoção e defesa deste método — que incluía tanto o fórceps profilático como a episiotomia profilática — a mais importante contribuição de DeLee para a Obstetrícia(Everett;Taylor, 1976). Além disso, este trabalho e o que ele advogava representa, segundo alguns especialistas, a pedra fundamental da Obstetrícia Moderna(Graham, 1997a; Wertz;Wertz, 1989a).

“*Probably the most influential exponent of routine interventions in normal birth was Dr. Joseph B DeLee of Chicago, whose 1920 article ... became a benchmark for obstetrical practice. DeLee urged that two interventions, outlet forceps and episiotomy, be made routine in normal delivery.*”(Wertz;Wertz, 1989a)

A filosofia contida no trabalho de DeLee representava um “olhar preventivo” e a melhor das intenções dos obstetras da época, e veio a exercer uma grande influência sobre os partos hospitalares. Em torno de 1930 seu método era considerado uma normativa em muitos hospitais, sendo que uma das principais razões para esta aceitação era a aparente racionalidade da afirmação de que a episiotomia preveniria as lacerações perineais e suas conseqüências. Muitas das mulheres atendidas por estes obstetras apresentavam lacerações dos mais variados graus. Mas estes obstetras não se perguntavam quando estas lacerações eram resultantes do fracasso da natureza ou das práticas hospitalares, que freqüentemente colocavam estas mulheres na posição de litotomia, com as pernas amarradas nas perneiras. A proposta de DeLee não obteve sucesso em outros países, particularmente na Europa, onde a maioria dos partos era domiciliar e atendida por parteiras e, onde se observava uma incidência baixa de lacerações perineais(Wertz;Wertz, 1989a).

É difícil determinar se os nascimentos neste período eram realmente mais sujeitos a complicações ou se os médicos observavam mais patologias no nascimento por estarem mais voltados, mais atentos às patologias e serem portadores dos meios para resolvê-las. Estes médicos, no entanto, já acreditavam que as mulheres deveriam ser internadas durante o trabalho de parto para que se pudesse oferecer os cuidados adequados que pareciam proteger o parto do próprio parto. A incidência das intervenções médicas no parto cresceu rapidamente a partir da primeira década do século XX. Em uma das maternidades de Boston, por exemplo, procedimentos como episiotomia, fórceps, operação cesariana e indução do parto aumentaram no período compreendido entre 1901 a 1921 em 45%, principalmente às custas do fórceps, episiotomia e cesariana(Wertz;Wertz, 1989a).

Ao redor de 1930, o ativismo a favor da episiotomia tomava mais corpo à medida em que um maior número de obstetras e ginecologistas iniciavam um “lobby” em direção ao uso rotineiro da episiotomia, especialmente para as primíparas.

Nesta fase os defensores do uso rotineiro da episiotomia utilizavam os mesmos argumentos da primeira fase, mais de uma década atrás. No entanto, de forma diferente de seus antecessores, explicitavam que todas, ou quase todas, as primíparas deveriam ser submetidas à operação. Com a exceção de Pomeroy, que advogava o uso em todas as primíparas, os outros defensores, na primeira fase, nunca defenderam publicamente o uso rotineiro.

Além do próprio DeLee que manteve sua influência neste período, outros médicos de importância considerável cumpriram o seu papel. Os destaques são Gillis(Graham, 1997a)

e Hannah(Hannah, 1930) (Fellows da American Association of Obstetricians, Gynecologists and Abdominal Surgeons, diplomatas da recém criada American Board of Obstetrics and Gynecology e Fellows do American College of Surgeons)

Declarações similares foram estatuídas por vários outros médicos e ecoaram em vários encontros da especialidade em todo o continente norte-americano. Por exemplo, durante a discussão de um trabalho apresentado em maio de 1937 diante da Seção de Obstetrícia e Ginecologia da Associação Médica Californiana, ficou estabelecido que a episiotomia deveria ser executada como regra e não como exceção na moderna prática obstétrica.(McCauley, 1938) No ano seguinte, Martin Diethelm, um diplomata da *American Board of Obstetrics* e *Fellow* da *American College of Surgeons*, proclamou frente à Seção de Obstetrícia e Ginecologia da Associação Médica do Estado de Ohio, que a episiotomia era a operação obstétrica mais realizada na época.(Diethelm, 1938)

Em 1950 a episiotomia já estava tão consagrada enquanto uma prática obstétrica de rotina que a 10ª edição do *Williams Obstetrics*, considerado na atualidade o livro de Obstetrícia mais utilizado no ocidente, declarava, na página 410, que exceto pelo corte e ligadura do cordão umbilical, a episiotomia era a cirurgia mais realizada em Obstetrícia(Eastman, 1950).

O uso rotineiro da episiotomia teve uma incidência crescente nos EUA e em países que copiaram o seu modelo de assistência ao parto, de forma que na década de 90, estas taxa beiravam os 100% nas primíparas(Graham, 1997b)

Em nosso meio, Rezende afirmava em 1962, na 1ª edição de seu livro Obstetrícia, que “*A maioria dos velhos autores aconselha a episiotomia apenas quando o períneo for de pouca elasticidade, rijo, conduta que não parece acertada. A passagem do feto pelo anel vulvoperineal, será raramente possível sem lesar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas as mais variadas, a condicionarem frouxidão irreversível do assoalho pélvico*”. Continua, afirmando que “*é a episiotomia, quase sempre, indispensável nas primiparturientes, e nas múltiparas nas quais tenha sido anteriormente praticada.*” (Rezende, J.;Rocco, 1962)(Página 364 na 1ª edição e página 269 na 8ª edição). É interessante notar que este texto encontra-se inalterado da 1ª à 8ª e última edição, esta última publicada em 1998.

Da mesma forma que o endosso para o uso emergencial da episiotomia, o seu uso liberal foi baseado na experiência pessoal positiva de algumas autoridades da época, sendo

que a maioria das evidências apresentadas para justificar a mudança na abordagem também tomou a forma de testemunhos pessoais. A citação de Stahl (1895), na qual ele afirma que a “*episiotomia freqüentemente me ajudou a salvar a vida do feto e sempre me ajudou a preservar a integridade do períneo*” é um exemplo desta estratégia.

Alguns dos protagonistas do uso profilático da episiotomia utilizaram uma estratégia diferente da citada acima. Eles fizeram uso de estatísticas razoavelmente sofisticadas para provar o seu ponto de vista. Estes médicos estavam essencialmente fornecendo o que na época poderia ser considerado como recomendações sobre a prática obstétrica baseada em evidências científicas.

Broomall (Broomall, 1878) por exemplo, relatou uma série de 212 pacientes, das quais 56 foram submetidas à episiotomia. Baseado nesta observação ele concluiu que em praticamente todos os casos submetidos a episiotomia obteve-se uma boa proteção para o períneo, não houve complicações hemorrágicas, cicatrizaram rapidamente, não aumentaram o período de internação e não causaram dores.

Credé & Colpe (Credé;Colpe, 1884), um pouco mais criteriosos com o desenho de pesquisa, apresentaram uma análise de mil casos consecutivos, somente de primíparas, em sua clínica de Leipsic, Alemanha, para dar suporte à alegação de que a episiotomia protegeria o períneo contra lacerações. Comparando a percentagem de episiotomia e rupturas perineais de cinco diferentes assistentes, eles concluíram que a incidência de lacerações diminuía na razão direta do uso da episiotomia.

Em uma tentativa de se sobrepor à resistência do uso rotineiro da episiotomia, Wilcox e Manton fizeram uso dos dados acima para refutar, estatisticamente, três dos riscos normalmente atribuídos à cirurgia: a de que a incisão perineal não prevenia as lacerações; que normalmente se tornava sítio de infecção e aumentava o tempo de permanência na maternidade. Eles demonstraram que na casuística de Crede & Colpe, dos 1.000 casos acompanhados, 259 (25,9%) foram submetidos à episiotomia, nas quais, a despeito da cirurgia, foram encontradas 29 lacerações (2,9%) em contrapartida encontraram 104 casos de lacerações espontâneas (10,4%) o que demonstrava o fator de proteção da episiotomia(Graham, 1997c).

Wilcox (Wilcox, 1885) mesmos autores, se antecipando às críticas sobre a possibilidade de infecção, utilizaram o mesmo trabalho onde foram comparadas as taxas de

infecção entre as submetidas a episiotomia e as que tiveram ruptura espontânea. A seguinte passagem ilustra a forma inteligente que foi utilizada na defesa:

“One of the strongest objections to this operation has been that it offers a point for general infection. That infection more frequently results from coincident tears in the vagina or cervix is stated above; the observations in the Leipsic clinic confirm this view, there being a difference of only three-tenths of one per cent in cases of puerperal fever in patients suffering from injured perinaeum over those occurring when the perinaeum was intact. Indeed among fatal cases of puerperal fever, two-hundredths or one per cent represents the difference of death rate in favor of injured perineal, conclusively showing that the condition of the perineum had nothing to do with either mild or severe cases of puerperal fever. Nor are figures wanting of episiotomy that remained over fourteen days were twenty-one and two tenths per cent; cases of ruptured perinaeum remaining over the above time, twenty-six and nine-tenth per cent; cases of rupture in spite of episiotomy remaining over the same time were thirty-one per cent of the whole number.”

Manton (Manton, 1885) lidou com estas questões observando o seguinte:

*“In 2000 cases examined by Credé, there were records of 33 deaths. Autopsy showed 19 cases of these to be due to septic infection; the other 14 cases were caused by eclampsia, uterine rupture and intercurrent diseases. Of the 19 septic cases, 15 were found in 1572 cases where the perineum **was intact** – a percentage of 0.934, a scarcely appreciable difference. This would seem to indicate that the chances for infection are about equal, whether episiotomy is done or not”.*

Os entusiastas da episiotomia também se preocupavam com a possibilidade de médicos de renome, contrários ao uso ampliado da cirurgia, viessem a dificultar a sua adoção como rotina. Como a citação abaixo revela estes profissionais adotaram a estratégia de usar a evidência científica para mudar a ‘opinião’ destes ‘grandes nomes’: *“But when so distinguished accoucheur as Dr. Playfair says of episiotomy that ‘questions if it is likely to be of use’, we believe that the operation has not been done sufficiently in the lying-in wards of King’s College Hospital to prove its efficacy. One hesitates to criticize the opinions of men who are known to the world as Nestors in their individual specialties, and yet investigation often tends to overthrow such opinions, and place in their stead facts, which in their turn must also pass through the fire”* (Manton, 1885)

Apesar das evidências estatísticas apresentadas por estes autores sustentando os seus argumentos e refutando os argumentos ‘comuns’ contrários ao uso alargado da episiotomia, o apelo dos entusiastas desta cirurgia parece não ter tido o efeito esperado sobre a comunidade científica no final do século XIX. Segundo Jewett (Jewett, 1890) a maioria dos médicos desta época nunca chegou a realizar esta cirurgia.

Durante a segunda década do século XX ainda existem fortes evidências de que o peso da opinião dos profissionais ainda estava pendendo para o lado contrário aos entusiastas da episiotomia. Esta cirurgia ainda continuava a ser considerada como último recurso na prevenção de lacerações perineais severas. Um único levantamento, realizado por correio, com dez eminentes obstetras americanos revelou que seis deles admitiram a utilidade da cirurgia para evitar a laceração e oito deles revelaram já ter utilizado o método, no entanto, os oitos reportaram que a utilizavam raramente, em menos do que 5% dos partos. (Rothschild, 1915)

O consenso em torno do uso emergencial do método foi fortalecido por J. W. Ballentyne — médico escocês, influente e considerado como o fundador dos cuidados pré-natais no Reino Unido. Em uma publicação de 1919, ao estudar as formas de proteção do períneo durante o parto, este preeminente médico revisou nove textos por ele considerados como os mais importantes da primeira década do século XX, publicados nos EUA, Inglaterra, Escócia e Irlanda. Concluiu que no que diz respeito à episiotomia “*a maioria admite o seu valor em casos excepcionais*”. Pessoalmente endossou a cirurgia ao escrever:

“The writer of this critical summary is ... very favorably impressed with the value of episiotomy, especially in primipara, and he has used it with increasing frequency in late years. He believes he has often saved the median line by its employment.”(Ballentyne, 1919)

Mantendo-se de acordo com a maioria das autoridades consultadas Ballentyne também admitia a propriedade do uso da episiotomia apenas nos casos emergenciais.

Existem confirmações adicionais que os entusiastas da episiotomia não obtiveram sucesso em sobrepujar o limitado endosso das autoridades obstétricas sobre o uso da episiotomia. O apelo dos protagonistas do uso rotineiro da episiotomia falhou em receber o reconhecimento nos trabalhos publicados pelas autoridades obstétricas da época(Graham, 1997c)

Para que se possa entender o processo de evolução do conhecimento, a inovação na medicina, o avanço na construção do pensamento hegemônico, é importante considerar, não somente os fatores que conduziram às mudanças, mas também, com a mesma importância, as forças contrárias à esta mudança. A dificuldade encontrada pelos protagonistas da episiotomia resulta de diversos fatores, dentre eles:

- A prevalência da noção de que o parto e o nascimento são eventos fisiológicos, naturais, logo, não necessitando de intervenção médica;
- A percepção da resistência das usuárias;
- A impossibilidade de prever a extensão das lacerações perineais;
- Os riscos atribuídos à operação;
- A falta de preeminência dos defensores do uso alargado da episiotomia *versus* a influência de autoridades obstétricas contrárias ao uso rotineiro.

Provavelmente a principal barreira que impediu o avanço no uso alargado da episiotomia no final do século XIX e início do século XX era o pensamento dominante sobre o parto e o nascimento naquela época. Neste período estes eventos eram considerados como absolutamente normais e fisiológicos. Esta abordagem se aplicava ao funcionamento do períneo durante o parto. A maioria dos médicos acreditando na natureza assumia que toda mulher era capaz de ter o seu períneo distendido durante o parto, o que na época era chamado de “lei natural (Natural Law)”(Graham, 1997c). “... *Todo o períneo, de forma natural, vai se distender de forma apropriada, permitindo a saída da criança, mantendo os tecidos intactos.*”(Deweese, 1889)

As seguintes passagens, de três ilustres obstetras da época, ilustram o pensamento sobre a “lei natural do períneo”:

“It is not marvelous, that in the management of the only stage of labour which appeals to more than one of the five senses of the physician – those of sight and touch – there is a greater diversity of opinion than in that of any other stage? Is not this fact a strong argument that the perineum was made to take care of itself, and not to be supported? ‘We cannot’ – writes Seneca – ‘complain of the malignity of nature’. ‘Am I to believe’ – asks Keushman – ‘that nature, after making such admirable provision for the earlier stages of labour, bungles matters to such an extent at the end, as to render the aid of the obstetrician in every case necessary to remedy a mechanical deficiency!’.

When one sees, for the first time, the maternal soft parts stretched out to a diaphanous thinness by the presenting part of the child, to all appearances just upon the point of cracking open, the impulse to place the hand upon the bulging flesh becomes almost an instinct. We must not, however, forget that these tissues are not only elastic, but living and sentient; and – what is still greater weight – that the process of labour is a strictly physiological act. Nature in all her operations intends to adapt means to ends, and the perineum was certainly not created to be torn, unless shored up by the hand of the physician.”(Goodell, 1871)

William Goodell, autor deste trabalho, publicado em 1871, foi professor de ginecologia na Universidade da Pensilvânia e fundador da AGS, vindo a se tornar um de seus presidentes(Graham, 1997c).

A segunda citação, de 1880, por Henry Garriges, professor de Obstetrícia na Escola de Pós-graduação Médica no Hospital de Nova York e *fellow* da AGS:

“...the physician is the servant, not the master, of Nature. Nature always leads the greatest diameter of the child through the greatest diameter of the maternal parts, and attains this end by those wonderful turnings and adaptations, the particulars of which are not even fully understood.”(Garriges, 1880)

Finalmente, uma passagem escrita em 1904 por Ely Van de Walker, cirurgião no Hospital Central de Nova York para Mulheres, fundador e primeiro presidente da AGS:

“The normal elasticity of the perineum should not be interfered with. The perineum has the capacity to stretch, to elongate, instead of tear. It seems to be the natural endowment of the perineum if it is not carried beyond the breaking point.”(Van De Walker, 1904)

Enquanto o pensamento dominante na Obstetrícia julgava o parto e o nascimento como eventos fisiológicos e naturais, e que a natureza assegura a distensão apropriada do períneo durante o período expulsivo, os médicos não se sentiram encorajados a interferir cirurgicamente no segundo estágio do parto. O que significava, que somente quando se deparavam com situações anormais ou emergenciais, os médicos se sentiam autorizados a realizar a episiotomia. Sob circunstâncias normais, o que na época se aplicava à grande maioria dos nascimentos, não havia, simplesmente, nenhuma justificativa para realizá-la. Devido a esta crença generalizada os defensores do uso mais liberal da episiotomia não foram levados em consideração(Graham, 1997c).

Os médicos provavelmente relutaram a aceitar o uso liberal da episiotomia também baseados no interesse próprio. Nesta época as mulheres também acreditavam que o parto e nascimento eram eventos fisiológicos os quais, na grande maioria das vezes, não necessitava de qualquer auxílio médico. As parteiras, que não realizavam a cirurgia, eram responsáveis pela maioria dos partos, antes da virada para o século XX. Os médicos, por sua vez, não se sentiam seguros para ameaçar a minoria das mulheres que os procuravam, com uma cirurgia que amedrontava esta clientela. A citação abaixo, feita por um médico que atendia na área rural em 1920 reflete este medo:

“New ideas and methods are being brought to our notice almost every day, but it is well for the man and woman in private practice to exercise considerable caution in the use of new and untried methods. We have not only the welfare of the mother and child to consider, but we must give a little attention to our professional reputations in the community... We who are in private practice must work under the more or less close scrutiny of the patient’s relatives, who all too often have been brought up in the belief that nature should be allowed to take her course unaided and that interference of any sort is flying in the face of Providence. Most patients will forgive a doctor for almost any degree of laceration if he explains the conditions that caused it and makes an honest attempt at repair, but very few of them fail to be critical of an episiotomy that fails to heal readily. No matter how urgently it was indicated the family are apt to show resentment”.(Neal, 1923)

Graham ainda cita Whery que em 1903 teria feito um pronunciamento cauteloso sobre o uso da episiotomia devido à oposição feita pelas pacientes:

“Episiotomy has often been recommended, but it is only a substitution of certainty of laceration for a uncertain laceration. The patient, if she were conscious, would object to the laceration.”

Durante o século XIX e início do século XX os entusiastas da episiotomia promoveram a cirurgia baseados na afirmação de que ela protegeria o períneo contra lacerações. Por outro lado, estes profissionais se achavam incapazes de prever sua incidência, direção e extensão, o que resultou, também, na impossibilidade de saber, com precisão, quando ela estaria indicada ou não. Para exemplificar usaremos as palavras de Parvin citado por Graham:

“The late Dr. McClintock stated that he had so often seen the perineum escape laceration where this accident seemed inevitable, he was led to doubt the possibility of

recognizing the cases where incision is an absolute necessity. In view of this statement one might require conditions for episiotomy similar to those which Coleridge did for the Caesarean operation: 'I think there are only two things wanting to justify a surgeon in performing the caesarean operation: first, that he should possess infallible knowledge of his art; and, secondly, that he should be infallibly certain that is infallible'".(Parvin, 1882)

Em 1910, Galabin & Blacker(Galabin;Blacker, 1910), na sétima edição do livro britânico "*The Practice of Midwifery*", ainda apontavam que as lacerações eram imprevisíveis, tornando difícil o estabelecimento de critérios para a realização da episiotomia.

"The plan recommended by some, namely, to perform episiotomy (SIC) ... in order to avoid a central laceration, is not generally desirable. For it is never possible to be certain when, and to what extent, a laceration is inevitable..."

A incerteza sobre a indicação da episiotomia também significa que ao realizá-la o médico tem que abandonar qualquer esperança na manutenção da integridade perineal, o único resultado almejado (períneo íntegro) tanto pelo médico quanto pela mulher que estejam de acordo com a "lei natural". Quando este dilema é considerado dentro do contexto no qual estes médicos atendiam suas pacientes, fica fácil o entendimento sobre a decisão do uso restrito da episiotomia. No final do século XIX 95% dos partos ocorridos nos EUA e Canadá eram domiciliares(Wertz;Wertz, 1989b). Durante estes partos domiciliares, os médicos trabalhavam sob condições as mais variadas. Na maioria das vezes contavam apenas com auxílio de parentes ou vizinhos das parturientes. Realizar uma cirurgia desnecessária sob estas condições, infligir uma ferida que de outra maneira não ocorreria necessariamente, não era uma responsabilidade que a maioria dos médicos aceitava.

Além da ausência da certeza de sua indicação, o receio dos efeitos colaterais da episiotomia também desencorajava o seu uso ampliado. As preocupações mencionadas com maior frequência era a possibilidade de ser muito dolorida, poderia não cicatrizar de forma adequada e ser sítio de infecção. Estes medos refletiam as limitações na tecnologia para a realização desta cirurgia com segurança (Graham, 1997c).

Por exemplo, o uso da episiotomia durante este período foi, provavelmente, prejudicado pelas limitações no seu reparo (o método e o material usado nesta sutura). Os defensores do uso ampliado discutiam a técnica da realização da episiotomia, mas

negligenciavam a técnica da episiorrafia. Neste período era uma tática comum atar as pernas das mulheres por vários dias para que as lacerações espontâneas cicatrizassem. Além disso, a anestesia para a realização tanto da própria episiotomia como de sua sutura ainda estava por ser apresentada à comunidade médica (Graham, 1997c). Na realidade a primeira menção à episiorrafia surgiu na literatura médica apenas em 1876 (Broomall, 1878).

A partir do mesmo ponto de vista o medo de que a incisão servisse como porta de entrada para bactérias, levando à temida febre puerperal, também serviu como fator impeditivo para o uso mais ampliado. Quando a segurança da técnica ultrapassou o medo pelos efeitos colaterais, ficou mais fácil para os seus defensores o convencimento de seus pares.

Em contraste com as autoridades obstétricas que endossavam o uso emergencial da episiotomia baseados na “lei natural do períneo” a maioria dos defensores de seu uso ampliado carecia de reconhecimento junto aos seus pares. Samuel Gross, Professor Emérito de Cirurgia do Jefferson Medical College, Filadélfia, fundador e primeiro presidente da Associação Americana de Cirurgia (American Surgical Association – ASA) afirmava na época “*We are too apt, as a profession, to be influenced by prejudice, especially when it is backed by great authority*”(Gross, 1884)

Os médicos que defendiam o uso liberal da episiotomia, em apenas duas exceções, eram novos em suas carreias e totalmente desconhecidos na comunidade científica. Por exemplo, uma era mulher, com a posição de médica residente no “Woman’s Hospital” na Filadélfia (Anna Broomall). Como uma indicação do status desta médica junto à comunidade científica seu trabalho foi apresentado na Sociedade de Obstetrícia da Filadélfia, não por ela própria, mas por seu mentor Dr. Albert Smith. As mulheres, nesta época, estavam excluídas desta sociedade como membro ou mesmo como convidadas (Graham, 1997c).

Os dois protagonistas do uso ampliado da episiotomia, com maior reconhecimento, foram Crede e Jewett. Aparentemente a reputação de ambos não foi suficiente para convencimento de seus pares.

Enquanto muitos médicos tendiam a assumir que a episiotomia executada de forma rotineira baseava-se em evidências científicas, que demonstravam a segurança e os benefícios desta cirurgia, aparentemente esta não era o que ocorria de fato. Embora, em

1920 já pudesse ser observado avanço no campo da Obstetrícia e Ginecologia, é admirável como as pesquisas não avançavam no estudo das indicações da episiotomia. Pomeroy, por exemplo, admitia publicamente, neste período, que não havia qualquer evidência científica para o que estava propondo:

“As sufficient time for labor test will not accrue for another year or two, I can only offer this proposition as a tentative one, lacking entirely present evidence of favorable follow-up results.” (Pomeroy, 1918)

Como a seguinte citação de Elkin (1923) indica que a experiência pessoal com esta operação, mais do que a evidência científica, constituída a base para o apelo na direção do uso profilático da episiotomia:

“By this procedure, as simple and easy to repair as a first degree laceration, we have restored the vaginal canal to an almost virginal condition, and in no case has vaginal relaxation followed. However, the time elapsing form delivery to follow-up examination has been too short in most case to make an absolute statement in this regard”(Elkin, 1922)

Mesmo a sustentação utilizada pelo iminente Dr. Joseph DeLee era baseada inteiramente na sua experiência clínica pessoal:

“Many efforts are being made to ease the travail of the woman and to better the lot of the infant. What follows is another such effort. Experience alone can decide whether accomplishes its purpose.”(Delee, Jos B, 1920a)

Klein (1988) apontou o fato de que a proposta de DeLee — O Uso Profilático do Fórceps — era particularmente notável pela ausência completa de referências(Klein, 1988).

No Encontro anual da AGS de 1921, um ano após a dramática apresentação de DeLee, irrompeu uma discussão sobre a ausência de evidência científica que sustentasse uma série de procedimentos em Obstetrícia, incluindo o uso profilático da episiotomia. Neste encontro, Rudolph Holmes, um obstetra de Chicago, deflagrou uma grande polêmica ao acusar DeLee, Pomeroy e outros de interferir negativamente na arte obstétrica. Holmes afirmou que estes médicos:

“...produce no evidence to show that their systems are more worthy, less risky, and promise a higher conservation of life than carefully watched spontaneous labour.”(Holmes, 1921)

Respondendo à estas acusações, DeLee admitiu que realmente havia pouca evidência científica que suportasse sua proposta feita há um ano. Referindo-se à sua proposta DeLee admitiu que:

“We must...prove that this interference in labor brings good results, and that in course of time we will probably be able to do.” (Delee, Joseph B, 1921)

Durante esta mesma discussão DeLee também comentou:

“Statistics in general are very insecure building Stones on which to base judgment.”(Delee, Joseph B, 1921)

Esta afirmação sugere que DeLee não estava totalmente convencido da necessidade de se demonstrar cientificamente que as intervenções obstétricas eram seguras e eficazes antes de propor suas práticas.

Após dois anos de debates DeLee ainda não era capaz de demonstrar a cientificidade de suas afirmações contidas na proposta do fórceps profilático. Anspach denunciava:

“When we consider the proposition of DeLee we are impressed, from the beginning, with the fact that here is actually debatable ground and that we must not, even for a moment, compare the prophylactic use of forceps after episiotomy with either Reed’s or Potter’s proposals [Reed routinely induced labour at term by means of a tube or bag and Potter routinely shortened the second stage of labour by performing podalic version – delivering the fetus feet first). Indeed, there is some justification in the advocacy of forceps used prophylactically, and yet, after weighing the matter carefully, even here one must decide that interference in a normal case as a routine measure is unwise and that both the mother and the child will do no statistics, so far as we know. His last report gave a gross fetal mortality of 3.6 per cent in 9258 cases, but assuredly these cases were all treated prophylactically with forceps.”(Anspach, 1923)

Nos anos que seguiram este debate, não somente não apareceram evidências dos benefícios da episiotomia, como, em pelo menos um caso, um dos entusiastas da operação retrocedeu em sua defesa ao relatar que aparentemente ela aumentava o risco de infecção. Frente à American Society of Obstetricians, Gynecologists and Abdominal Surgeons, em

seu encontro anual de 1922, Harrar, que havia defendido em 1919 o uso profilático da episiotomia declarou:

“It is a matter of comment in the wards that there is more fever after repair of episiotomy wounds than those of spontaneous laceration.”(Harrar, 1923)

Os defensores do uso rotineiro da episiotomia, aparentemente, não estavam interessados em provar cientificamente os benefícios desta cirurgia. Nenhum deles apresentou pesquisas que justificassem esta rotina. Como foi observado em 1935 as opiniões favoráveis e contrárias ao seu uso rotineiro eram baseadas em “experiência pessoal”, nenhuma evidência estatística foi compilada para dar suporte aos apelos de tanto do lado dos defensores, quanto dos que se colocavam contrários à idéia(Nugent, 1935). Alguns destes defensores estavam tão convictos dos benefícios do método que não viam qualquer necessidade de comprová-lo. Eles admitiam que a pequena experiência adquirida em conjunto com a racionalidade¹⁴ oferecida deveria ser suficiente para persuadir qualquer médico a adotar esta prática. Alguns iam mais longe ao rejeitar a noção da necessidade do estudo sistemático dos benefícios da episiotomia por acharem impossível de ser realizado. A seguinte citação de Tritsh representa este tipo de pensamento:

“It is manifestly very difficult to obtain conclusive figures as to the end results (of episiotomy), for the condition of a perineum and allied subjects is largely a matter of personal opinion and the need for subsequent surgical repair is a matter of degree rather than fact. But we feel in the follow-up of cases taken by and large the end results are definitely better where episiotomy is done in the primiparous women as routine than in cases where episiotomy it is not.”(Tritsch, 1930)

A ausência de evidências que demonstrasse os benefícios da episiotomia executada de forma profilática continuou na década de 40. Em 1942 um estudo sobre os danos provocados pelo parto sobre o períneo de 1.000 mulheres concluiu que:

“Conclusions regarding the controversial subject of routine episiotomy were avoided at this time because of an insufficient number of cases. Suffice it to say that both those with and without episiotomy suffered damage. Protagonists of either procedure need more

¹⁴ Numa perspectiva dialética, a qualidade, socialmente construída, da atividade humana que é adequada às finalidades visadas.FERREIRA. **Novo Aurélio - Século XXI**.

details and objective evidence in order that unified thought and practice may benefit the parturient woman.”(Gainey, 1943)

No Brasil, Rezende é o principal representante dos que defendem o uso rotineiro da episiotomia. Em 1962 na 1ª edição do livro **Obstetrícia** ele afirma:

“É a episiotomia, quase sempre, indispensável nas primiparturientes, e nas múltiparas nas quais tenha sido anteriormente praticada.”(Rezende, J., 1974b)

Este texto, que de forma paradigmática representa uma forma de pensamento permaneceu inalterado até a 8ª e última edição publicada em 1998.

Polemista famoso e temido pela facilidade do uso do vernáculo, ele habilmente inicia sua argumentação colocando os autores contrários ao uso rotineiro na categoria de ultrapassados, ao afirmar:

*“A maioria dos **velhos autores** aconselha a episiotomia apenas quando o períneo for de pouca elasticidade, rijo, conduta que não parece acertada. A passagem do feto pelo anel vulvoperineal, será raramente possível sem lesar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas as mais variadas, a condicionarem frouxidão irreversível do assoalho pélvico.”(Rezende, J.;Rocco, 1962) (Grifo meu)*

Interessante notar que na sua proposta além da utilização dos mesmos argumentos citados desde o início do século XX (baseado, portanto, no que poderíamos chamar também de velhos autores), ele não apresenta qualquer evidência científica das vantagens do uso rotineiro da episiotomia e não cita, por sua vez, qualquer autor que o tenha feito.

Ele afirma da 1ª a 8ª edição que:

“Na proteção do períneo, é preceito dominante, não se deve prolongar, por tempo excessivo, a contrapressão sobre o pólo apresentado do feto; em assim procedendo, evita-se lesão aparente, mas se vai determinar outra, oculta, igualmente grave; ficam comprometidos não só os músculos da região como o tecido conjuntivo do sistema intrafascicular e intramuscular, parte fundamental de sustentação do aparelho genital feminino. Os prolapsos tocogenéticos têm como causa principal a sistemática e insensata sustentação do períneo, que, não suprimindo a desproporção anatômica, dá apenas orientação viciosa à solução de continuidade. Há períneos que após os partos, internamente dilaniados nos planos profundos, exibem a pele íntegra.”

“Sob o prisma fetal, as tentativas muito rigorosas de evitar a rotura das partes moles motivam lesões cranioencefálicas de extrema gravidade. O útero poderá mesmo fender-se, em face de expulsão excessivamente demorada, impedida a saída do feto com esses obsoletos procedimentos. A iminência de rotura é reconhecida pelo aparecimento de uma linha branca de isquemia, na rafe anovulvar, e as incisões concretizam a profilaxia das lesões acima expostas; encurtam a fase expulsiva e mantém a integridade das estruturas anatômicas.”

“A passagem do feto pelo anel vulvoperineal, será raramente possível sem lesar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas as mais variadas, a condicionarem frouxidão irreversível do assoalho pélvico.”

De forma clara, a defesa do uso rotineiro ou profilático da episiotomia não teve como base de seus argumentos evidência científica que provasse qualquer tipo de benefício para as mulheres ou para os seus recém-nascidos. Por extensão, a adoção deste procedimento cirúrgico tanto nos EUA, quanto no Brasil, tornando-se uma das cirurgias mais executadas em nosso meio foi, da mesma forma, influenciada por outras razões que não a de evidências científicas.

Marsden Wagner nos alerta para o fato de que 50 a 80% dos partos na maioria dos hospitais americanos envolve um ou mais procedimentos cirúrgicos, segundo este autor isto demonstraria a transformação do parto em um evento cirúrgico. E, desde que, procedimentos cirúrgicos envolvem riscos a alta frequência com que são desnecessariamente usados nos partos atendidos por obstetras produzem muito mais morbimortalidade perinatal do que os partos atendidos por parteiras.(International Conference on Periodontal Research. Rochester, New York, August 1-3, 1969. Research Reports, 1969; Wagner, 1994b)

Alguns autores(Davis-Floyd, R., 1994; Goer, H., 2001; Rothman, Barbara Katz, 1982; Wagner, 1994b) assumem que a crescente utilização de procedimentos cirúrgicos pelos obstetras seria reflexo da necessidade de valorizar a profissão. A cirurgia é considerada pelas pessoas alinhadas com o paradigma tecnocrático como detentora de um status superior à clínica. Assim, aumentando a frequência de cirurgias estariam também aumentando o status da profissão.

Figura 1.

Enkin e cols (1995), pensando sobre as diferenças significativas nos modelos de assistência ao parto e nascimento, seja entre diferentes países, comunidades, serviços ou mesmo entre profissionais de uma mesma instituição, afirmam que o estabelecimento das rotinas de assistência ao parto e nascimento responde a um grande número de fatores determinantes, refletindo as diferentes prioridades de cada contexto, a adequada utilização das evidências científicas na manutenção e introdução de rotinas e procedimentos, assim como diferenças na cultura, tradição, *status* social e até moda. Não menos importantes, seriam a disponibilidade de recursos humanos e materiais. Esses autores ainda consideram a necessidade de oferecer oportunidade de melhor treinamento aos médicos, que cada vez mais substituem a arte obstétrica pela técnica cirúrgica e diariamente sofrem pressões comerciais, como as das indústrias de equipamentos e medicamentos. (Enkin *et al.*, 1995)

Davis-Floyd identifica os dogmas deste modelo:(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998b)

Quadro nº 1. Dogmas do modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento.

-
1. Separação corpo-mente;
 2. O corpo como máquina;
 3. O paciente como objeto;
 4. Alienação do profissional em relação ao paciente;
 5. Diagnóstico e tratamento de “fora para dentro” (durando doenças, reparando disfunções);
 6. Hierarquização e estandardização dos cuidados;
 7. Autoridade e responsabilidade inerente ao profissional, e não ao paciente;
 8. Supervalorização da ciência e da tecnologia;
 9. Intervenções agressivas com ênfase em resultados em curto prazo;
 10. A morte como derrota;
 11. Sistema direcionado para o lucro;
 12. Intolerância com outras modalidades
-

Fonte: (Davis-Floyd, Robbie, 1998) Com autorização da autora

Estes doze dogmas constituem a espinha dorsal do modelo tecnocrático. Este modelo, considerado por alguns autores (Davis-Floyd, Robbie; St. John, 1998b; Rothman, Barbara Katz, 1982; Wagner, 1994b) como o hegemônico na sociedade ocidental, é baseado em uma ideologia¹⁵ que gera um conjunto de rotinas e procedimentos facilmente identificáveis, é sustentado por um conjunto de valores e uma visão de mundo, e pode ser caracterizado de forma específica e ser facilmente reconhecido tanto pelos que o incorporam quanto pelos que se posicionam contrariamente a ele. (Davis-Floyd, Robbie; St. John, 1998b)

No Brasil, assim como em outros países, a implementação deste modelo — subsequente à aceitação por parte da comunidade leiga e científica — gerou uma situação onde se pode identificar uma grande contradição. Por um lado, as práticas obstétricas estabelecidas para atenção à população de baixo risco têm-se demonstrado ineficientes, haja vista o número de rotinas estabelecidas e mantidas sem qualquer sustentação científica a favor destas práticas (enema, tricotomia, episiotomia e monitorização eletrônica fetal contínua); por outro lado, o modelo demonstra ineficiência em lidar com a população de alto-risco, haja vista os coeficientes de mortalidade materna e perinatal. Além disso “*hoje, pela primeira vez na história da humanidade, a maior parte das mulheres, em quase todos os países industrializados, tornam-se mães sem se impregnarem de um coquetel complexo de ‘hormônios do amor’*” (Odent, 2002b) na medida em que são impedidas de passar por

¹⁵ Sistema de idéias e representações que domina a mente de um homem ou de um grupo social. AUTHUSSER, LOUIS. Ideologia e aparelhos ideológicos de estado. In: ZIZEK, SLVOJ. **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro, 1996. p.105-42.

todo o processo de pré-parto e parto, pois são operadas eletivamente antes do término fisiológico da gestação. Quais seriam os efeitos em longo prazo desta atitude? *“Qual será o futuro de uma civilização nascida em tais condições? A humanidade poderá sobreviver à obstetrícia?”*(Odent, 2002b)

Robbie Davis-Floyd assume que o conjunto de rotinas adotadas pelo modelo tecnocrático de assistência ao parto preenche adequadamente os pré-requisitos de um ritual: estas rotinas são padronizadas e repetitivas, são profundamente simbólicas, comunicando mensagens através do corpo e de emoções concernentes à crença enraizada em nossa cultura da necessidade de controle cultural sobre os processos naturais, a desconfiança sobre a natureza e a fraqueza e inferioridade do corpo feminino, a validade do patriarcado, a superioridade da ciência e da tecnologia e a importância das instituições e das máquinas. As rotinas hospitalares provêm uma estrutura ordenada ao fluxo caótico de energia relacionada ao processo do parto e nascimento; desta forma cria uma certa afetividade em torno destas rotinas, assim como o sentimento de inevitabilidade do uso das mesmas. Elas são transformativas por intenção. Ao mesmo tempo em que tentam conter e controlar o processo inerentemente transformativo do parto, elas também contribuem para a transformação da mulher em mãe na acepção social completa desta palavra — ou seja, em uma mulher que incorporou os valores nucleares da sociedade: acredita na ciência, confia na tecnologia, reconhece a própria inferioridade e, pelo menos em algum nível, aceita os princípios do patriarcado.(Davis-Floyd, Robie, 1992)

Estes rituais que cercam o parto e o nascimento contribuem fortemente para moldar o pensamento dos médicos, desde a graduação, passando pela residência médica e continuando por toda sua vida profissional. Esses profissionais aprendem uma forma padronizada e única de assistência, e continuam, às vezes por toda sua vida, a praticar antigos rituais, desprovidos de sustentação mesmo pela “ciência” que se dizem portavoz.(Davis-Floyd, Robie, 1992) E assim continuam repetindo, repetindo, repetindo como a ordem natural das coisas.

Desta forma este modelo de assistência, alinhado com o pensamento de Descartes, primeiro “desconstrói” o parto, dividindo-o em partes, separando (a mulher da família, do bebê, da mama), para depois reconstruí-lo como um processo tecnocrático.

Dentro da perspectiva da sociedade o parto não será bem sucedido até que a mulher e sua família estejam propriamente socializadas e alinhadas com os valores nucleares da

sociedade, transformados tanto pelo poder do ritual quanto pela própria experiência do parto e do nascimento.(Davis-Floyd, Robie, 1992)

¹ “Labor has been called, and still is believed by many to be, a normal function. It always strikes physicians as well as laymen as bizarre, to call labor an abnormal function, a disease, and yet it is decidedly a pathologic process. Everything, of course, depends on what we define as normal. If a woman falls on a pitchfork, and drives the handle through her perineum, we call that pathologic — abnormal, but if a large baby is driven through the pelvic floor, we say that is natural, and therefore normal. If a baby were to have his head caught in a door very lightly, but enough to cause cerebral hemorrhage, we would say that is decidedly pathologic, but when a baby’s head is crushed against a tight pelvic floor, and a hemorrhage in the brain kills it, we call this normal, at least we say that function is natural, not pathogenic”.

² “It sometimes happens, though the Labour has succeeded so well, that the Head of the Child has made its way through the Bones of the Pelvis, that it cannot however come forward, by reason of the Extraordinary Constriction of the Vagina; so that the Head, after it has passed the Bones, thrusts the Flesh and Integuments before it, as if it were contained in a Purse; in which Condition if it continues long, the Labour will become dangerous, by the Orifice of the Womb contracting about the Child’s Neck; wherefore it must be dilated if possible by the Fingers, and forced over the Child’s Head; if this cannot be accomplished, there must be a Incision made toward the Anus with a Pair of crooked Probe Sizars; introducing on Blade between the Head and Vagina, as far as shall be thought necessary for the present Purpose, and the Business is done at one Pinch, by which the whole Body will easily come forth.”

³ “When this was done by me I was not aware of its having been done before, and was really afraid that my professional brethren would condemn me...”

⁴ “When this accident appears otherwise inevitable, it may sometimes be obviated by incising the perineum in such a manner as to afford a sufficient passage for the child, and at the same time, protect the mother from the possibility of a recto-vaginal laceration ... It has recently been proposed, in cases of impending laceration of the perinaeum during labor, that an incision should be made through the thin, expanded structures so as to relieve the existing tension. I have put this suggestion into practice in several cases with great advantage, as the perinaeum was thereby generally saved from laceration, which had previously appeared inevitable. Moreover, the wound thus made was limited to the extend of the incision, and generally healed within a few days without any special treatment. I do not recommend this measure, however, excepting in those comparatively very rare cases in which well-directed manual support would fail to protect the perinaeum”

⁵ “When, in the judgment of the physician, rupture of the perianeum seems inevitable, he is justified in making lateral incisions through the vulva to relieve the strain upon the recto-vaginal septum. To this operation the term episiotomy is applied. By it not only is the danger of deep laceration through the sphincter ani prevented, but, owing to their eligible position, the wounds themselves are capable of closing spontaneously; whereas, when laceration follows the raphe, the retraction of the transversi perianei muscles causes a gaping place which interferes with immediate union. As, however, every wound surface is a source of danger in childbed, episiotomy should never be performed so long as hope exist of otherwise preserving the perinaeum. It is essentially the operation of young practitioners, the occasion for its employment diminishing in frequency with increasing experience”

⁶ “Granting that a laceration is inevitable, the operation removes it from the median line and locates it in the exact position chosen by the accoucher. This avoids the danger of a laceration through the

sphincter ani, and also relieves the strain upon the recto-vaginal septum, preventing a central rupture... Also... episiotomy limits the extend of the lesion..." (Wilcox, 1885:177-8) apud GRAHAM, IAN D. Nineteenth-century challenging of the emergency use of episiotomy. **Episiotomy. Challenging Obstetrics Interventions**. Oxford. London. Edinburgh. Victoria, 1997c. p.16-32.

⁷ "I have been frequently struck with the depth and solidity of the perineal body after a typical episiotomy which has been sutured and healed. The tonicity of the pelvic floor is in marked contrast with that which usually follows the immediate suture off) a deeply lacerated perineum" Jewett (1890:708) citado por Graham (1997:24).

⁸ "...episiotomy is an instrument, par excellence, aiding as no other instrument in the preservation of life and body both in the foetal and maternal, and as I grow in obstetrics... I am glad to know that there is so effectual and yet simple an instrument as central episiotomy at my command, in private practice it has often assisted me in saving the life of the foetus and always in preserving the perineal body and other parts of the soft outlet" GRAHAM. Nineteenth-century challenging of the emergency use of episiotomy.

⁹ "Episiotomy should be performed for prophylactic purpose and not as an emergency requirement. It should be a method of choice and not one of necessity" Deutschman D. A plea for the preservation of the perineum and a modified prophylactic episiotomy for the prevention of perineal lacerations. Medical Journal and record 1924;120(19 November):CL-CLIII in Graham ID. Episiotomy. Challenging Obstetrics Interventions. Oxford. London. Edinburgh. Victoria: Blackwell Science; 1997

¹⁰ "**First**, it saves the woman the debilitating effects of suffering in the first stage and the physical labor or a prolonged second stage...

Second. It undoubtedly preserves the integrity of the pelvic floor and introitus vulvæ and forestalls uterine prolapse, rupture of the vesicovaginal septum and the long train of sequela previously referred to. Virginal conditions are often restored.

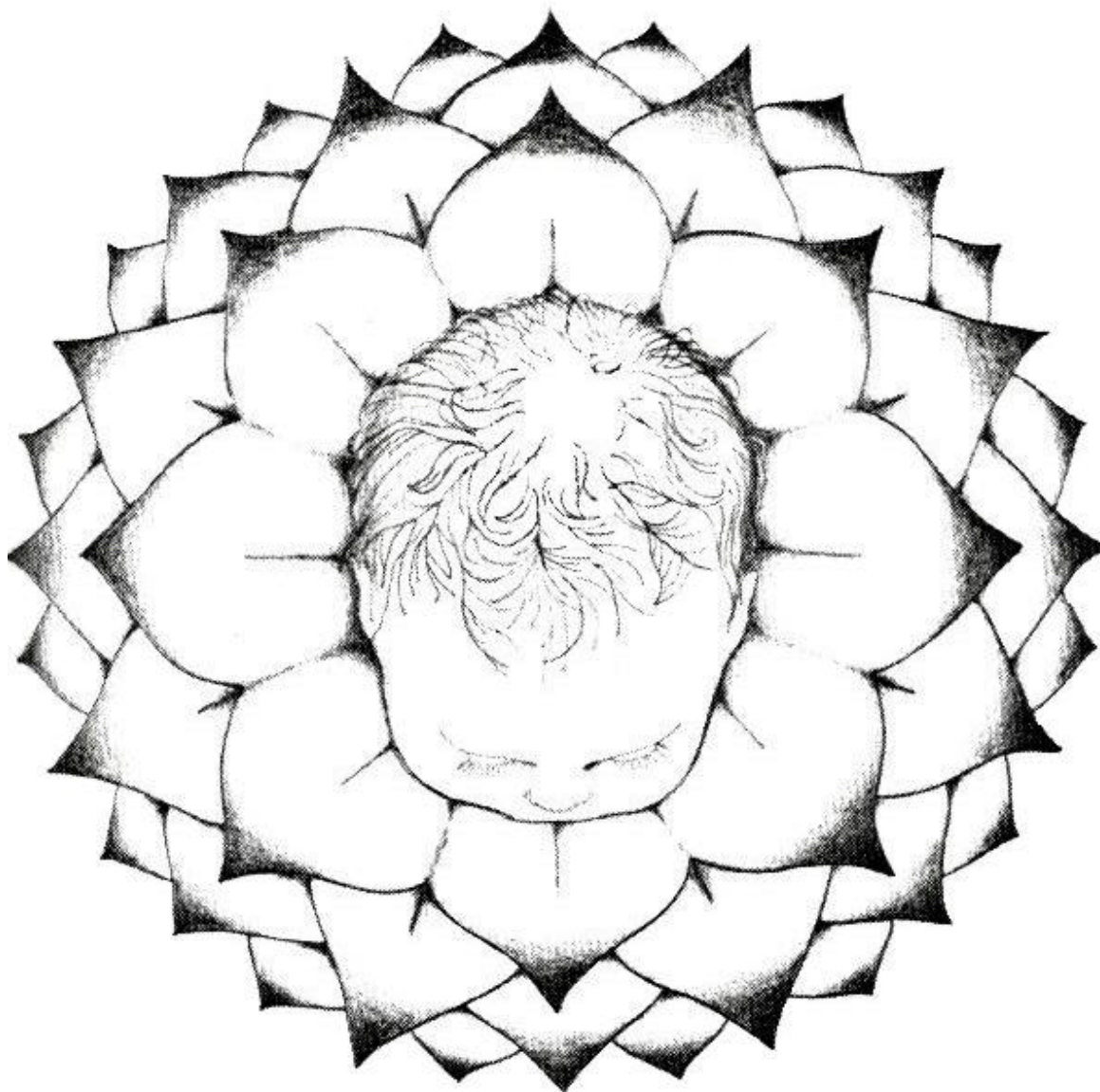
Third. It saves the babies' brains from injuries and from the immediate and remote effects of prolonged compression. Incision in the soft parts not alone allows us to shorten the second stage, it also relieves the pressure on the brain and will reduce the amount of idiocy, epilepsy, etc. the easy and speedy delivery also prevents asphyxia, both in immediate effects and its remote influences on the early life of the infant." DELEE. The prophylactic forceps operation.

¹¹ Estas apresentações foram publicadas nas atas destas reuniões: /As apresentações de Anspach, Pomeroy e DeLee, em 1915, 1918 e 1920, respectivamente, e de Harrar, em 1919, foram publicadas nas atas das reuniões da AGS e AAOG.

- Transactions of the American Gynecological Society:
 - Anspach, 1915; Pomeroy, 1918; DeLee, 1920;
- Transactions of the American Association of Obstetricians and Gynecologists:
 - Harrar, 1919
- Também foram publicadas em revistas especializadas de grande circulação na época:

- Tais apresentações também foram publicadas, nos mesmos anos, em revistas especializadas de grande circulação na época, como o American Journal of Obstetrics and Disease of Women and Children¹¹
 - American Journal of Obstetrics and Disease of Women and Children¹¹Anspach, 1915; Pomeroy, 1918; Harrar, 1919; DeLee, 1920.

¹² A primeira edição foi publicada em 1913, ele permaneceu como único autor até a sétima. O livro chegou na décima terceira edição, com ajuda de colaboradores, em 1965.



O MODELO HOLÍSTICO

Modelo holístico¹ de parto e nascimento²

“A alma segue suas próprias leis e o corpo, as suas; e ambos se encontram em virtude da harmonia preestabelecida entre todas as substâncias (...) As almas agem segundo as leis das causas finais por apetição, fins e meios. Os corpos agem segundo as leis das causas eficientes ou dos movimentos. E os dois reinos, o das causas eficientes e o das causas finais, são harmônicos entre si (...) Se Descartes tivesse sabido disso teria caído em minha teoria da harmonia preestabelecida.” Leibniz, 1901

“To transform health care so that it addresses physical, environmental, mental, emotional, spiritual and social health, thereby contributing to the healing of the planet. As holistic physicians, we are committed to the health of all whom we serve including ourselves. The essence of our vision is unconditional love”.(Ahma, 2001)

Aquela forma tradicional de encarar o parto e nascimento, onde o toque, o olhar (olho no olho), a massagem e a emoção eram característicos do modelo em que realmente exista uma íntima conexão entre a parturiente e a pessoa que a assistia foi substituída pela modernidade do traçado da agulha no papel, da interpretação distante de linhas e pontos em um gráfico, característicos do modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento — a substituição do *high-touch* pelo *high-tech*.

¹ O autor optou pelo termo “holístico” em detrimento do mais utilizado, “alternativo”, para evitar a adjetivação pejorativa. O termo “alternativo” implicaria também em assumir o tecnocrático como sendo o “modelo” ou “*standard*”. Não podemos esquecer que a história do parto e nascimento se confunde com a história das parteiras, deste modelo holístico, que surgiu primeiro e se mantém apesar de ter perdido a hegemonia para o tecnocrático. Poderíamos chamar de “modelo das parteiras”, como um justo tributo às “mulheres de recepção e boa vinda”, às “filhas do tempo”; infelizmente estes termos, também trariam conotações pejorativas.

O novo paradigma é baseado em uma visão do mundo “que concebe o universo como um todo integrado, e não como uma coleção de partes dissociadas. Reconhece a interdependência fundamental de todos os fenômenos, e o fato de que enquanto indivíduos e sociedades, estamos todos encaixados nos processos cíclicos da natureza (e, em última análise, somos dependentes desses processos.” CAPRA, FRITJOF. *Ecologia profunda - Um novo paradigma* **A teia da vida. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo, 1996a. p.23-45.

² Entendido enquanto uma cultura existente paralela e concomitante à cultura ocidental tecnocrática e hegemônica.

A apresentação desses modelos de forma linear peca pela simplificação e não é capaz de mostrar de forma clara a complexa realidade encontrada. Seja individualmente, quando um profissional pode apresentar características pertencentes a modelos diferentes, seja em uma instituição que pode estar classificada em qualquer ponto da reta que une os modelos colocados em posições diametralmente opostas. Mas, por outro lado, serve como contraponto, como se um denunciasse a concepção ideológica sobre a vida do outro e, por conseguinte a forma de pensar e agir no campo da medicina e da assistência.

O modelo holístico abarca uma variedade de abordagens e técnicas, desde medicinas tradicionais como a chinesa, passando por vários métodos que visam trabalhar diretamente a energia do indivíduo.

A medicina holística é a arte e a ciência da cura que leva em consideração a pessoa como um todo indivisível — **corpo, mente e espírito**. A prática da medicina holística integra terapias convencionais e tradicionais para a prevenção e tratamento de doenças e, mais importante, para a promoção da saúde.(Ahma, 2001)

Segundo a Associação Americana de Medicina Holística³ (AHMA), fundada em 1978 com a missão de unir e apoiar os profissionais, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional, tendo como pressuposto o paradigma holístico, a medicina holística engloba todas as modalidades de diagnóstico e tratamento seguros e apropriados. Inclui a análise de elementos físicos, nutricionais, ecológicos, emocionais, espirituais e estilo de vida. O foco está sobre a educação do cliente e sua participação em todo o processo de cura.(Ahma, 2001)

Esse grupo de profissionais assume que o cliente é responsável pelo seu bem estar; fomenta e mantém uma aliança com esse cliente, usando terapias em que tanto o cliente quanto o profissional sintam-se satisfeitos; avalia e recomenda opções de tratamentos dirigidos à cura da doença e não ao alívio de sintomas.(Ahma, 2001)

Segundo a AHMA os princípios da prática holística são:(Ahma, 2001)

1. Os médicos holísticos abraçam uma variedade de opções diagnósticas e terapêuticas que são seguras e efetivas que incluem:
 - a. Educação para a mudança no estilo de vida e auto-cuidado;

³ AHMA: <http://www.holistcmedicine.org>

- b. Modalidades terapêuticas complementares;
 - c. Uso de drogas convencionais e cirurgia.
2. A busca das causas da doença é preferível ao tratamento dos sintomas;
 3. O médico despende mais esforços em estabelecer qual o tipo do cliente que possui uma doença ao invés de estabelecer qual tipo de doença o cliente possui;
 4. A prevenção é melhor do que o tratamento e, em geral, mais eficiente;
 5. A doença é vista como a manifestação de uma disfunção da pessoa como um todo, não como um evento isolado;
 6. Um fator determinante nos resultados é a qualidade do relacionamento estabelecido entre o profissional e o cliente, na qual a autonomia do cliente é encorajada;
 7. A relação médico-cliente ideal considera as necessidades, desejos, preocupações e o discernimento do cliente assim como os do profissional;
 8. O médico exerce uma forte influência sobre o cliente pelo exemplo;
 9. A doença, a dor e a morte podem ser uma oportunidade de aprendizagem para o cliente e para o médico;
 10. O médico holístico encoraja o cliente a evocar o poder curativo do amor, esperança, humor e entusiasmo e a liberar as conseqüências tóxicas da hostilidade, vergonha, inveja e depressão;
 11. O amor incondicional é a mais poderosa forma de cura. Os médicos se esforçam em adotar uma atitude de amor com seus clientes e entre outros profissionais;
 12. A saúde é muito mais do que a ausência de doença. É a apropriação consciente das mais elevadas qualidades físicas, mentais, emocionais, espirituais e sociais da experiência humana.

O modelo holístico de atenção ao parto e nascimento é baseado no conceito de gravidez e parto enquanto eventos naturais e fisiológicos.

O modelo holístico inclui:

- Monitoramento do bem estar físico, emocional e social da mulher durante todo o ciclo grávido-puerperal;

- Educação, aconselhamento, cuidado pré-natal, assistência contínua durante o parto e nascimento e apoio pós-parto;
- Minimizar intervenções baseadas em alta tecnologia;
- Identificar e referir as mulheres que necessitem de atenção especializada.

A partir do ponto de vista das mulheres que adotam o estilo de pensamento holístico de nascimento, a família é considerada uma unidade social significativa. Dentro deste paradigma os rituais de nascimento devem reforçar e reafirmar a unidade da família e dos indivíduos que a compõem, ao invés de reforçar mensagens sobre a primazia da ciência, tecnologia e instituições. Todos estes fatores têm seu lugar, mas este lugar deve necessariamente servir, ao invés de explorar, à natureza, aos indivíduos, famílias e mais especificamente às parturientes. Segundo Gaskin⁴ (1989), *“o retorno do controle do processo de parto para as mulheres é importante para a sociedade como um todo, não somente para a mulher ou o bebê diretamente envolvidos. A forma como os bebês foram tratados durante o nascimento pode afetar as pessoas para o resto de suas vidas. A forma como as mulheres são tratadas durante o parto afeta essas mulheres em todos os seus relacionamentos para o resto de suas vidas.”*(Gaskin, Ina May, 1989)

Dentro deste modelo holístico, o corpo humano é visto enquanto um organismo vivo, com sua sabedoria própria e natural, um campo energético em relação com todos os outros campos energéticos. O corpo feminino entendido como normal nos seus próprios termos, não deve ser julgado ou comparado ao corpo masculino. Os processos fisiológicos femininos, incluindo o parto, são assumidos como saudáveis e seguros. Enquanto que sob o modelo tecnocrático de nascimento é comum a segurança do bebê requerer uma cesariana embora a mãe deseje o parto normal. Sob o modelo holístico, as necessidades da mãe e do bebê são complementares e não se contrapõem.

⁴ Ina May Gaskin, companheira do líder de uma caravana que cruzou o Estados Unidos da América na década de 70, foi convocada a assistir o primeiro parto de uma das participantes desta caravana. Sem qualquer tipo de treinamento, ou mesmo sem nunca ter visto um parto, Ina e algumas outras mulheres presenciaram a vinda de um bebê saudável. Durante o trajeto até o assentamento no Tennessee, Ina assistiu outros onze partos. Desta forma nascia uma parteira e desta forma nascia um novo modelo de assistência ao parto, encravado em um país alinhado com o modelo tecnocrático. Hoje Gaskin atua como instrutora no treinamento de novas parteira e vem proferindo palestras ao redor do mundo, contribuindo para a mudança de paradigma. LORENTE, CAROL WILEY. **Mother of midwifery**. Vegetarian Times, 1995. Disponível em: <http://www.thefarm.org/lifestyle/img.html>. Acesso em: 23 de julho.

O corpo feminino “**sabe**” como gerar o bebê e como parir; a mulher pode confiar neste **conhecimento** por pertencer a ela própria. O útero, muito mais do que um músculo involuntário, é uma parte responsiva do todo; as atitudes mentais e emocionais da parturiente, assim como os sentimentos, pensamentos e ações do pai, afetam sua performance durante o trabalho de parto. Os sentimentos e necessidades desta parturiente, assim como os fluxos de sua experiência, são importantes e devem sobrepor-se às rotinas e procedimentos da instituição onde se dá o parto. Esta instituição, a ciência e a tecnologia devem estar disponíveis para servir a esta mulher, não para se sobrepujar a ela. E esta mulher assume a responsabilidade por suas escolhas. O papel do profissional que a atende é, acima de tudo, fortalecer e cuidar desta família. Seu conhecimento científico e sua experiência servirão de **suplemento** e **suporte** para as **ações, intuições e desejos da mãe**. O parto é uma atividade que só a mulher pode fazer; ao parir o bebê, ela o introduz para sua família e para sua nova vida.(Davis-Floyd, Robie, 1992)

Neste modelo o corpo feminino é a norma, está focado e centralizado na mulher e encara o processo reprodutivo de uma forma natural e holística. O corpo feminino está talhado para gestar e parir — não que haja a obrigatoriedade, o que estaria mais de acordo com o modelo tecnocrático — mas, quando surge a gravidez esta não é, por princípio, encarada como uma situação de estresse do corpo, potencialmente patológica.

O toque é considerado como a forma básica de comunicação. Esta forma de comunicação não possui barreiras lingüísticas.(Gaskin, Ina May, 1989)

Por estas razões, as experiências vivenciadas pelas mulheres alinhadas pela concepção holística são importantes dentro da discussão sobre modelos de atenção ao parto. Os aspectos sociais e culturais que envolvem o parto são trazidos pelas próprias mulheres e o modelo desenhado por elas mesmas. Gaskin, ao introduzir sua experiência, sublinha que muitas dessas mulheres compartilham os mesmos valores, a mesma casa durante um período de tempo, comem da mesma comida e conhecem as mesmas pessoas. (Gaskin, Ina May, 1989).

Segundo Davis-Floyd (1998), os princípios subjacentes do modelo holístico, a integração e a conexão, surgem a partir de um tipo de pensamento fluido, multimodal, originado no hemisfério direito de cérebro, que está predominantemente envolvido em perceber o todo (gestalt).(Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998a) A mesma autora afirma que esta concepção, por não ser linear e não poder ser logicamente explicada e replicada, tem sido historicamente desvalorizada no ocidente.

Capra (1996) assinala a “*notável conexão nas mudanças entre pensamento e valores. Ambas podem ser vistas como mudanças da auto-afirmação para a integração. Essas duas tendências – a auto-afirmativa e a integrativa – são, ambas, aspectos essenciais de todos os sistemas vivos*”. Este autor denuncia a ênfase sobre a tendência auto-afirmativa na sociedade tecnocrática em detrimento da integração. Sendo que esta tendência à auto-afirmação é nítida tanto no pensamento quanto nos valores das pessoas alinhadas com o paradigma tecnocrático. Ele, ainda, apresenta uma tabela julgando ser instrutivo colocar as tendências opostas lado a lado, como no Quadro nº 2.

Quadro nº 2. Tendências e valores do paradigma tecnocrático e do paradigma holístico

Pensamento		Valores	
Tecnocrático	Holístico	Tecnocrático	Holístico
Auto-afirmativo	Integrativo	Auto-afirmativo	Integrativo
Racional	Intuitivo	Expansão	Conservação
Análise	Intuitivo	Competição	Cooperação
Reducionista	Holístico	Quantidade	Qualidade
Linear	Não-linear	Dominação	Parceria

Fonte: Capra (1996:pg 27)(Capra, 1996a)

Capra ainda chama a atenção para o fato de que os valores auto-afirmativos em geral estão associados com homens, e na sociedade patriarcal são os mais valorizados, recebem recompensas econômicas maiores e poder político.

Enquanto no modelo tecnocrático mente e corpo são separados, no holístico eles são (re)unidos. Portanto, “*Olha sempre a figura inteira do ser humano na natureza, ao contrário de qualquer tentativa de definir agentes cada vez menores (tais como hormônios dentro do corpo.*”(Wolfe, 1992)

Na prática, a aplicação do princípio de mente-corpo como uma unidade indivisível significa assumir a impossibilidade de tratamento dos sintomas físicos sem levar em consideração seus aspectos psicológicos. Esse corpo-mente está, também, em forte

conexão com o universo, “... a grávida e as parturientes são forças elementais⁵, no mesmo sentido que a gravidade, o raio, terremotos e furacões são forças elementais. (...) Uma parteira ou um obstetra necessita entender a forma como a energia flui na hora do parto – o não entendimento disso seria como um físico que não entende a Lei da Gravidade.”(Gaskin, Ina May, 1990)pg 276

“O corpo humano, luz que vibra no espaço-tempo, se apresenta como constituída por poeira de estrelas. A nova Cosmologia nos ensina que sóis tiveram que explodir em novas e supernovas para que a luz resultante pudesse criar os materiais pesados, necessários à construção da complexidade biológica, necessária à expressão das consciências. (...) Se nosso corpo é matéria e energia, se nossa essência é a luz, como não buscar, em uma harmonia energética, a explicação para o ‘estar bem’, para o ‘ser feliz’ e o encontro da ‘serenidade’. Todo desajuste, físico ou psíquico, seria, antes de tudo, uma nota desafinada, uma corda que cedeu ante pressões internas e externas, e que não está vibrando corretamente, ameaçando a estética de nossa dança cósmica.”(Fialho, 1998) pg 14-5

Dona Jovelina, parteira de 77 anos, que afirma ter assistido mais de 1.000 partos resume: “**O nascimento é uma luz, é como uma vela acesa, e com a continuação da vida, continua queimando.**”(Battistelli, 2002) pg.92

O modelo holístico avança ainda mais ao insistir na importante participação do espírito no ser humano holístico – **corpo-mente-espírito**. Ao incorporar a alma no processo de cura, os terapeutas holísticos reintroduzem a medicina no mundo espiritual e metafísico do qual havia se separado durante a Revolução Industrial. “*Todo parto é sagrado. Eu penso que a parteira deva ser religiosa, porque a energia com a qual ela está lidando é sagrada. Ela tem que saber a energia da parturiente é sagrada.*”(Gaskin, Ina May, 1990)pg 276

Largura (1998:10-1) sublinha a dimensão espiritual do parto:

“A dimensão espiritual se consubstancia no grande mistério da vida.

É o momento em que se sente a presença de Deus autor da vida.

Momento sagrado.

⁵ Espíritos que supostamente habitam os quatro elementos (q. v.), e que podem exercer influência (boa ou má) sobre os seres vivos.

Momento de dom. Momento de alegria.

(...)

A vida criada por Deus é única. Cada ser tem suas características próprias, sua individualidade que jamais poderá ser encontrada em outro ser.”(Largura, 1998)

Nos EUA a espiritualidade desses terapeutas tende à fluidez e, mais freqüentemente, a uma vaga identificação com a filosofia *New Age*, mais do que com o cristianismo, judaísmo ou com o Islam.(Davis-Floyd, Robbie, 2001)

Enquanto o modelo tecnocrático é rígido e separatista o holístico não reconhece nenhuma divisão ou fronteira bem definida. E esta é mais uma questão que colabora para transformar o holismo em algo ameaçador. Na concepção tecnocrática negociar fronteira é evocar o caos. E, na verdade, a teoria do caos sustenta o pensamento holístico em sua insistência na unidade do corpo, da mente e do espírito. (Davis-Floyd, Robbie, 2001)

A definição do corpo como um sistema energético em conexão com outros sistemas energéticos avaliza a utilização de técnicas terapêuticas baseadas na manipulação de campos energéticos como acupuntura, homeopatia, Reiki, dentre outras. A Física moderna vem insistentemente banindo a fronteira entre a matéria e a energia. A pesquisa médica deverá passar por uma reformulação ampla se aceitar as considerações recentes feitas por outras disciplinas, como por exemplo, a Física Quântica.

Dentro do paradigma tecnocrático a Medicina Baseada em Evidências é considerada como um grande avanço sobre outras formas menos “científicas” de abordar o uso de tecnologia, rotinas e procedimentos, no entanto os seus críticos lembram a recusa em aceitar e levar em consideração na análise dos resultados a influência do observador sobre a pesquisa.

A Física Quântica ao reconhecer o Princípio de Heisenberg⁶, que admite a influência do observador sobre o observado, assume que o observador e o observado não são separados, mas são campos energéticos em constante interação. Heisenberg (1927) postula que todo conceito possui um significado apenas nos termos da experimentação utilizada para medi-lo, mesmo a órbita de uma partícula subatômica não possui nenhuma sentido além da precisão com a qual ela é observada. Isto é contraditório à Física Newtoniana que

⁶ “O que observamos não é a natureza em si, mas a natureza exposta ao nosso método de questionamento”

afirma a existência de um “mundo real” independente do observador. E vai mais além ao argumentar que tais conceitos, como as órbitas dos elétrons não existem na natureza salvo e até que nós as observamos. Em outras palavras, *“O novo insight da física subatômica parece valer também para o estudo da matéria viva: os padrões observados de matéria são reflexos de padrões da mente.”*(Capra, 1982a)(Grifo meu) pg 276

No dizer de Wigner, prêmio Nobel de Física, citado por Fialho (1998) *‘Um ser dotado de consciência deve ter, na mecânica quântica, um papel diferente do aparelho inanimado de medida. Em outras palavras, a impressão que se ganha numa interação, também denominada resultado de uma observação, modifica a função de onda do sistema’* o que leva a uma relação dialógica. *“Ao observar, criamos uma realidade e, esta realidade, filha de nossos desejos, modifica a própria consciência que a determinou.”*(Fialho, 1998) pg 14-5

Ao contrário do proposto pelo paradigma cartesiano os seres humanos longe de serem constituídos por um conjunto ordenado de peças devem ser entendidos como *“sistemas naturais cujas estruturas específicas resultam das interações e interdependência de suas partes.”*(Capra, 1982a)pg260 Esta premissa nos alerta para a forma inadequada e reducionista que do conhecimento e do entendimento que os profissionais alinhados com o modelo tecnocrático possuem sobre o corpo feminino: deitado na mesa ginecológica e dissecado em partes nas salas de estudo. Os profissionais alinhados com o paradigma holístico fazem um alerta de que *“as propriedades sistêmicas são destruídas quando um sistema é dissecado, física ou teoricamente, em elementos isolados. Embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema, a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes.”*(Capra, 1982a) pg 260

O entendimento da unidade corpo-mente-espírito enquanto um sistema energético interligado a outros sistemas energéticos resulta no reconhecimento da inexistência de uma única explicação para diagnósticos. Nenhuma abordagem terapêutica e nenhum medicamento isoladamente serão suficientes para abordar problemas de saúde de um indivíduo. Na verdade, neste paradigma, tais problemas devem ser considerados em termos da pessoa como um todo que está inserida em uma determinada sociedade e em conexão com o restante do universo.

Assim, a doença é entendida como um desequilíbrio energético neste corpo-mente-espírito.(Davis-Floyd, Robbie, 2001) *“Você também pode tomar chás digestivos, como os de hortelã, camomila e erva-doce. E, se quiser apostar na cromoterapia, o amarelo – que*

auxilia na digestão – é um aliado contra os desconfortos estomacais. Use roupas desta cor, tome banhos de luz com lâmpada amarela e beba água fluidificada que tenha recebido esta energia (envolva com papel celofane amarelo um copo – se possível de cristal – com água e deixe-o exposto ao sol por algum tempo.”(Fadynha, 1999) pg27

Os profissionais alinhados com esta visão de mundo não fazem uso do termo “paciente”; esse é substituído por “cliente”, que traduz uma relação igualitária, de companheirismo e cooperação mútua – o profissional e o cliente não estão separados, mas estão fundamentalmente conectados energeticamente. Isso favorece uma abordagem terapêutica onde a intuição⁷ do profissional, assim como os saberes empíricos do cliente são valorizados. Em outras palavras, na abordagem holística o diagnóstico e a cura são referidas à informação que surge da essência, do íntimo, da alma do profissional e do cliente – um fenômeno que é explicado pela unidade entre ambos.(Davis-Floyd, Robbie, 2001)

“Na gravidez há uma relação entre mãe e a criança que começou bem antes e que vai continuar bem depois do parto.

Nesse sentido a pessoa que atende a parturiente deve estar consciente que aquele é um momento na vida da criança e que são os pais que imaginaram e conceberam aquele ser muito tempo antes e que estarão com ele muito tempo depois durante toda a sua vida.

Assim, quem assiste o parto, deve compartilhar com os pais todas as decisões daquele momento.”(Largura, 1998) pg. 19

Assim, não existe espaço para a padronização dos cuidados. Para esses profissionais alinhados com o holismo “*O verdadeiro sentido do nascimento foi se perdendo pouco a pouco nos meandros das regras e condutas institucionais.*”(Largura, 1998)pg30 De maneira geral é feito o possível para responder às necessidades únicas de cada cliente. Para a mulher em trabalho de parto, a individualização do cuidado significa que as rotinas não

⁷ [Do lat. tard. intuitione, 'imagem refletida por um espelho', com sentido filosófico em lat. escolástico.] S. f. FERREIRA. **Novo Aurélio - Século XXI.**

Intuição representa uma forma de conhecimento obtido de forma direta que penetra no estado de consciência sem a mediação da consciente da lógica ou de um processo racional. Uma forma de conhecimento diferente do processo de consciência racional/lógica/analítica. BOUCOUVALAS, MARCIE. Intuition. The concept and the experience. In: DAVIS-FLOYD, ROBBIE; ARVIDSON, P SVEN. **Intuition: the inside story.** New York, 1997. p.3-18.

se aplicam. Seu trabalho de parto é unicamente seu. Ela come, bebe e se movimenta de acordo com sua própria vontade. Ela escolhe o local e quais pessoas estarão com ela. O profissional que a está acompanhando não se baseará em padrões para responder às necessidades deste acompanhamento. Frente a um parto que parou de progredir este profissional convidará esta mulher a dançar ou a fazer uma caminhada. Sua intuição irá guiar respostas individuais a necessidades particulares. Mas o foco permanece na parturiente. (Davis-Floyd, Robbie, 2001)

Quadro nº 3. Modelo de nascimento, vida, saúde e morte segundo a física tradicional e a física quântica.

Ponto de vista tradicional	Ponto de vista da física quântica
O corpo é um objeto, localizado a um espaço específico.	O corpo não é um objeto e não pode ser localizado no espaço.
O corpo é uma unidade isolada, indivisível.	O corpo encontra-se numa relação dinâmica com o universo e com todos os outros corpos através de verdadeira troca "a biodança".
O corpo é constituído de blocos individuais, os átomos.	Blocos individuais e átomos são descrições inaccuradas, desde que todas as partículas só podem ser entendidas em relação com as outras partículas.
A matéria que constitui o corpo é absoluta.	Nada no corpo é absoluto. Toda a matéria, assim como o espaço e o tempo são relativos.
Doença é um "comportamento inadequado" das moléculas e se constitui em algo objetivo.	Teorias objetivas são ilusões. Intervenções na natureza, assim como observações de qualquer tipo, muda o que é observado. O observador não pode separar-se dos resultados de sua observação, logo esta objetividade buscada no sentido puro da palavra é uma impossibilidade.
Doença é algo relacionado ao corpo.	A influência da consciência nos processo físicos que ocorrem no corpo oblitera a sua distinção.

Fonte: Davis-Floyd (1992:297)(Davis-Floyd, Robie, 1992) Com autorização da autora.

Os dogmas anteriormente descritos embasam e fortalecem outro dogma central deste dos profissionais que compactuam com esta visão de mundo: autoridade e responsabilidade

inatas ao cliente e não ao profissional. “A força motora da nova corrente que prioriza o parto em casa se apóia na tomada de consciência de que para estar vivendo plenamente devemos participar plenamente em tudo aquilo que fazemos. Estar em plena consciência de nossas emoções, nosso senso de responsabilidade, nossa capacidade de tomar decisões em dada ação de nossa vida e de forma mais particular num acontecimento tão importante como o nascimento.”(Largura, 1998) pg39-40.

Ninguém pode verdadeiramente curar o outro; as pessoas devem decidir por si próprias se querem se curar, e se decidirem positivamente, elas devem agir para atingir esta meta – parar de fumar, exercitar-se, comer adequadamente, talvez, até, largar um emprego que está sendo fonte permanente de estresse ou tristeza, ou mesmo um relacionamento que pode estar sendo prejudicial à sua saúde. Os profissionais holísticos tendem a ver a si próprios como uma das partes componentes, mas não suficiente, para a cura do indivíduo, assumindo que o cliente é o integrante mais significativo.(Davis-Floyd, Robbie, 2001)

No modelo holístico a ciência e a tecnologia são colocadas a serviço do indivíduo – *low tech/high touch*. Isto é particularmente verdadeiro em terapias onde não se usa qualquer tecnologia sofisticada, como imposição de mãos, fitoterapia, dentre outras. Mas eventualmente pode-se fazer uso de sofisticadas tecnologias como *biofeedback* e computadores. Estes profissionais, em geral, não rejeitam a tecnologia, mas a colocam a serviço de seus clientes, ao invés de permitir que a tecnologia domine, intimide e dite as regras de tratamento. De maneira geral estas tecnologias utilizadas não são invasivas e não produzem danos à saúde. No parto isto pode ser traduzido pela utilização criteriosa de oxigênio, bolas de parto (que facilitam o encaixe do bebê e diminuem a tensão nas costas da mulher) e banheiras de hidromassagem para relaxamento. Tais tecnologias não dominam ou controlam, ao invés disto, elas são utilizadas com o propósito de empoderar a mulher.(Davis-Floyd, Robbie, 2001) Um exemplo emblemático da utilização de tecnologia visando o empoderamento da mulher é a Manobra de Gaskin. Esta manobra consiste em sugerir que a parturiente fique de quatro quando ocorrer uma distócia de ombro⁸ na hora do parto. Recurso de simplicidade extrema, passível de ser executado em qualquer nível de atenção, reconhecidamente eficaz e que não tira da mulher a resolução de um problema gravíssimo – empoderando-a.(Gaskin, Ina May, 1989____1990; Gaskin, I.M., 1991)

⁸ Situação em que após a saída da cabeça o obito não consegue passar pela bacia.

No que diz respeito à ciência, Michel Odent, em recente palestra conferida na UFSC (2002), afirma que a ciência tem contribuído de forma crescente para o fortalecimento do paradigma holístico. Ao trabalharmos no sentido de eliminar a lacuna existente entre a evidência científica e a prática nas maternidades, estamos nos afastando do modelo tecnocrático e caminhando em direção ao holístico. O aprofundamento do estudo referente à fisiologia do parto e do nascimento favorecerá a adoção de procedimentos mais humanizantes.(Odent, 2002a) Práticas como tricotomia, enema, monitorização eletrônica do parto, episiotomia e parto horizontal vão ser eliminados enquanto rotinas; o parto domiciliar será oferecido enquanto uma alternativa segura; (Enkin *et al.*, 1995)

Um dos mais fortes divisores de água entre o pensamento tecnocrático e o holístico relaciona-se à forma de encarar a morte. Enquanto no tecnocrático a morte é encarada como derrota, no holístico ela é assumida enquanto um evento fundamental na vida de qualquer pessoa⁹, pela definição do corpo como campo energético e do profundo entendimento da natureza transmutável da energia. Devido à visão da unidade entre corpo, mente e espírito somente frente à hora da morte os holistas assumem a separação. Na morte a energia deteriora e retorna à terra. Alguns ainda aceitam a filosofia de reencarnação, uma filosofia que assume a morte como um passo em direção ao aprimoramento do espírito. Embora estas pessoas não abracem a morte, esta forma de encará-la permite a criação de uma forte confiança na sabedoria da natureza.(Davis-Floyd, Robbie, 2001)

“Parto normal também acaba em tragédia... A vida normal também pode acabar em tragédia. Um lindo dia de sol, um piquenique no parque, um passeio na praia também podem acabar em tempestade. A vida, na sua riqueza e magnitude, nos traz esse ensinamento. Se fosse possível parar o tempo e fazer tudo dar certo, nunca valorizaríamos os instantes e os momentos. O parto humano é parte da grande magia da vida, e a incerteza que temos da sua conclusão é que o faz dele um momento único. Nossa grande ilusão sempre foi controlar tudo, arrogantemente nos colocando no topo do mundo. Nossa capacidade de controlar o parto é tão grande quanto a de controlar o tempo, as estações, a vida e a morte. Enquanto insistirmos em que essas coisas podem

⁹ O que não significa compactuar com as mortes evitáveis ou conseqüentes à violência, negligência ou por erro, mais relacionadas ao modelo tecnocrático.

ser controladas (ao invés de serem acompanhadas e contempladas), estaremos perdendo um tempo precioso em tornar nossas vidas mais construtivas e úteis.

Um parto normal também pode terminar em uma tragédia, e nem por isso deixou de ser normal. A extrema diversidade da vida nos traz esse preço. Infelizmente para quem sofre, mas felizmente para a vida. Só valorizamos aquilo que podemos perder. O parto é tão mítico em todas as culturas exatamente pela sua imprevisibilidade. Tudo o que a tecnologia nos trouxe não acabou com a sua mágica imprecisão. O plano frustrado de melhorar o parto humano, através da mitologia tecnocrática, apenas nos mostrou o quanto somos pedantes diante da natureza. Os resultados foram catastróficos, assim como o foram os resultados da amamentação artificial e da menopausa com drogas. Até quando curtiremos essa mentira?” Ricardo Herbert Jones (2002) (Comunicação pessoal)

A visão do corpo enquanto um campo energético em constante interação com outros campos energéticos conduz à adoção de múltiplas modalidades terapêuticas (que ainda permanecem inaceitáveis pelas pessoas alinhadas com o paradigma tecnocrático) favorece uma verdadeira revolução na atenção à saúde. Nos lugares em que houve uma maior aceitação deste paradigma a hegemonia do modelo tecnocrático foi abalada. *Midwifery*, homeopatia, naturopatia, acupuntura, dentre outros, conquistam espaço e são entendidas como disciplinas legítimas. (Davis-Floyd, Robbie, 2001) Assim como a cultura dominante que a criou, a tecnomedicina vê a si própria como a única forma científica e, conseqüentemente, aceita pela sociedade, de lidar com a saúde. Existem outras formas de lidar com a saúde e a doença, mas são vistas como inválidas frente ao sistema dominante. Recentemente, os proponentes da tecnomedicina, que tomam esta abordagem como a única verdade, portanto consideram-se os detentores do monopólio da atenção médica, foram surpreendidos por um trabalho publicado no *New England Journal of Medicine*, conduzido por David Eisenberg & cols. (Spiegel *et al.*, 1998) Este trabalho revelou que um terço dos americanos fazem uso de alguma forma alternativa de assistência à saúde com o qual, em 1990, foram gastos em torno de US\$14 bilhões, dos quais US\$10 bilhões do próprio bolso – quase os US\$12 bilhões gastos do próprio bolso com internações hospitalares no mesmo ano. O estudo demonstrou ainda que neste mesmo período os americanos realizaram 425 milhões de consultas em consultórios (quiropática, acupuntura, homeopatia entre outras), excedendo o número de consultas, durante o mesmo período, a clínicos, ginecologista,

obstetras, generalistas e pediatras combinados. Este estudo causou um grande impacto na classe médica, que, pensava ser o seu sistema o único que tinha penetração e aceitação real junto à população, ou seja o único contava. (Spiegel *et al.*, 1989)

A Aliança das *Midwives* da América do Norte¹⁰ (MANA – www.mana.org) sintetiza este paradigma em sua filosofia, ao afirmar: (Mana, 2001)

1. “Mulher como indivíduo com seu próprio valor e mérito”:

- a. Nós reconhecemos e valorizamos a mulher e seu poder criativo de dar e manter a vida, que encontra expressão em uma diversidade de formas.
- b. Nós reconhecemos o direito da mulher em fazer escolhas concernentes a todos os aspectos de sua vida.

2. Mãe e Bebê como um todo:

- a. Nós valorizamos a unidade da mulher grávida e seu bebê — um todo inseparável e interdependente.
- b. Nós valorizamos a experiência do nascimento como um rito de passagem, a natureza sensitiva do recém-nascido e o direito de cada bebê de nascer de uma maneira carinhosa, cuidada, sem a separação de sua mãe e família.
- c. Nós valorizamos a integridade do corpo feminino que deve ser integralmente apoiado em seu esforço para atingir um parto natural e espontâneo.
- d. Nós valorizamos a amamentação como a forma de relacionamento ideal para nutrir e acalantar o recém-nascido.

3. A Natureza do Parto:

- a. Nós valorizamos o mistério do parto.
- b. Nós valorizamos a gravidez e o parto como processos naturais que a tecnologia jamais suplantará.
- c. Nós valorizamos a integralidade das experiências de vida; os componentes físicos, emocionais, mentais, psicológicos e espirituais são inseparáveis.

¹⁰ A missão da MANA é promover um fórum que suporte e promova a cooperação entre parteiras.

- d. Nós consideramos a gravidez e o parto como eventos pessoais, íntimos, sexuais e sociais que devem ser compartilhados no ambiente e pelas pessoas de escolha da mulher.
- e. Nós valorizamos a experiência de aprendizado da vida e do nascimento.
- f. Nós valorizamos a gravidez e o parto como processos que determinam, pelo restante da vida da mulher, um impacto sobre sua auto-estima, sua saúde, sua habilidade em criar seus filhos e sobre o crescimento pessoal.”

Ao analisar este modelo, Davis-Floyd demonstra doze dogmas que o sustenta, como se pode observar no Quadro nº 2.

Segundo a “Midwifery Task Force”¹¹ a aplicação deste modelo reduz a incidência de traumatismo de parto, trauma e taxa de cesariana.(**Midwives model of care definition**, 2001)

Como já foi visto anteriormente, as estatísticas oficiais apontam para que menos de 1% das mulheres brasileiras dão à luz em suas casas (Saúde, 1997). Logo, as pessoas que as atendem provavelmente têm consciência de sua situação profissional ser marginal, se não antagônica, ao modelo vigente. A grande maioria das mulheres na cultura dominante dá à luz em hospitais e aceita, como parte do processo de parto e nascimento, a autoridade, e também, o autoritarismo que permeia o aprendizado do conhecimento obtido através de médicos e máquinas. Se o modelo tecnocrático pode ser considerado como hegemônico, o modelo holístico pode ser considerado como “**a última heresia**”, muito distante da abordagem que sustenta o tecnocrático.

Quadro nº 2. Os doze dogmas do modelo holístico de atenção ao parto e nascimento

-
- 1. Corpo, mente e espírito são indivisíveis;
 - 2. O corpo como um sistema energético interligado com outros sistemas;
 - 3. Cura da pessoa como um todo em um contexto indivisível do meio;
 - 4. Unidade profissional/cliente;
 - 5. Diagnóstico e cura de dentro para fora;
 - 6. Estrutura organizacional que facilita a individualização do cuidado;
-

¹¹ Entidade Norte-Americana fundada no início dos anos 90 com a finalidade de sensibilizar o público sobre as vantagens do atendimento ao parto por parteiras. Atualmente atua em conjunto com várias outras entidades objetivando uma profunda mudança no modelo assistencial às grávidas americanas. (www.midwiferytaskforce.org)

7. Autoridade e responsabilidade inerente a cada indivíduo;
8. Ciência e tecnologia colocada a serviço do indivíduo;
9. Foco na manutenção da saúde e do bem estar a longo prazo;
10. Morte como um passo no processo;
11. Cura como foco;
12. Adoção de várias modalidades de cura.

Fonte: Davis-Floyd (1998) (Davis-Floyd, Robbie;St.John, 1998a) Com autorização da autora.

No Brasil os serviços públicos de saúde não estão envolvidos em um sistema de referência que garanta a retaguarda para estas mulheres, que por opção ou falta dela, vão parir em suas residências ou mesmo nas ruas das grandes cidades. Neste cenário muitos destes partos não são notificados e, portanto, não aparecem nas cifras oficiais. No Quadro nº 5 são apresentados os números oficiais, que estão longe de espelhar a realidade.

Observa-se nos dados incluídos nesta tabela uma tendência à diminuição dos partos domiciliares informados ao SUS. Uma das possíveis causas seria o aumento de subnotificação.(Abreu, 2002)

Quadro nº 5. Número de partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais notificados ao SUS

Região	1995	1996	1997	1998	1999*
Norte	24.093	18.173	8.718	6.204	7.280
Nordeste	37.465	43.520	40.413	33.519	25.008
Sudeste	4.496	21	126	450	2.674
Sul	4.791	4.878	5.559	3.943	7
Centro-oeste	604	485	1.166	937	1.735
Total	71.449	67.077	55.982	45.053	38.703

Fonte: Abreu IPH (2002)(Abreu, 2002)

O Programa das Parteiras Tradicionais no Amapá, iniciado em 1995 por iniciativa do Governo local contava inicialmente com 62 parteiras cadastradas; esse número passou para 948 no ano 2.000. Esse programa trabalha com um grande contingente de mulheres não alfabetizadas e indígenas (40%). Estudo realizado com 200 parteiras aponta que 53% são casadas, 15% solteiras, 20% viúvas e 12% separadas. A média etária é de 54,6 anos, com uma fecundidade média de 8,4 filhos. Em média assistiram 381,5 partos.(Battistelli, 2002)

Esse projeto organizou cursos, *“apoiou a formação de associações de parteiras, num aprendizado da nossa ciência, mas também da cidadania, da participação política.”*(Mindlin, 2002)

No Brasil de muitos *“Brazis”* estima-se que 60 mil “aparadoras” realizam 450 mil partos anuais – mas é no Amapá que as mãos de um punhado de mulheres fazem da região a recordista em partos normais. Esse estado, conseqüentemente, apresenta a menor taxa de cesariana do país (12%); é o 4º estado com a maior cobertura pré-natal e o segundo entre os que apresentam baixos coeficientes de mortalidade infantil.(Battistelli, 2002) *“É importante ressaltar que o Amapá é um dos poucos estados brasileiros cujo projeto de parteiras recebe o apoio do governo estadual, sendo o único em que o trabalho das parteiras tradicionais foi legitimado como parte integrante de uma política pública de saúde.”*(Battistelli, 2002). Em que pese a importância de trabalharmos com o fantasma da subnotificação, a diferença é tão gritante quando comparado com os estados vizinhos, e na medida do comprometimento do governo em inserir essas parteiras no sistema oficial de atenção ao parto, com um compromisso de incentivo permanente ao registro dos partos e mortes domiciliares que fica, mesmo aos mais críticos, não reconhecer a importância dessas mulheres na eficiência obtida.

A avaliação dos resultados do modelo holístico é prejudicada por um lado pela falta de estatísticas publicadas, fato secundário ao não reconhecimento da “cientificidade” destas pesquisas pelos órgãos patrocinadores, o que contribui para a escassez de recursos financeiros. Por outro a diversidade de técnicas terapêuticas utilizadas prejudica a comparação. Por isto mesmo são aqui transcritos alguns resultados alcançados pelas parteiras de uma localidade denominada *“The Farm”* — localizada no centro-sul do Tennessee-EUA, fundada em 1971, contando atualmente com 200 residentes. Esta comunidade foi pioneira na implantação de uma variada gama de tecnologias de baixo custo, dentre elas a implantação de um modelo de assistência ao parto e nascimento alinhado com o estilo de pensamento holístico, apesar de encontrar-se no contexto norte americano e de alta tecnologia.

Estes resultados obtidos em uma comunidade norte americana (modelo holístico) divergem dos registrados no Brasil (modelo tecnocrático) que, a par das condições sócio-econômico-culturais de cada realidade mencionada, fica evidente a superioridade do primeiro, tanto no que diz respeito à mortalidade quanto à morbidade materna e fetal.

Gaskin nos ensina que muitas sementes para futuras ações e relacionamentos são plantadas durante o parto e nascimento. Neste momento casamentos são desfeitos ou reforçados, as mulheres formam idéias duradouras sobre sua própria força ou fragilidade, sobre a força ou fragilidade de seus parceiros e impressões duradouras sobre a personalidade da criança que está nascendo. A mulher que é gentilmente acolhida por uma outra mulher, parteira ou enfermeira aprende por “absorção” algumas das mais importantes habilidades que ela necessitará como mãe. Quando ela é banhada com doçura e amor, ela estará mais apta a agir desta forma em situações onde sua paciência é testada.

(...) Máquinas e equipamentos de alta tecnologia não podem prover um cuidado sensível; somente os seres humanos podem conduzir esta importante tarefa.

(...)

Por estas e outras razões, a vivência com o parto das pessoas que pariram dentro da comunidade da “The Farm” é relevante para o mundo inteiro, apesar das limitações que possam representar as diferenças sócio econômico culturais. Aqui, a cultura que subsidia a criação de um modelo de atenção à gravidez, ao parto e ao nascimento está sendo desenvolvida gradativa e coletivamente por mulheres. O início da construção deste modelo se confunde com o início da formação do próprio grupo. Foram as primeiras mulheres a parir, assistidas por outras mulheres que ainda não tinham tido qualquer experiência na assistência ao parto e nascimento, as quais ainda continuam a ter filhos e aumentar o conhecimento sobre o que fazer, como fazer, quando fazer e onde fazer. O modelo de atenção está desenhado pelas aquelas que ainda fazem uso deste modelo ou como parturientes ou como parteiras.

Os homens desta comunidade são responsáveis pela assistência tecnológica e suporte moral às parteiras e às mulheres em trabalho de parto, mas eles **não interferem com as idéias, a organização, costumes e a cultura desenvolvida por estas mulheres**. Este comportamento não é aleatório ou acidental, mas parte de uma decisão filosófica de oferecer à mulher um tipo de oportunidade que elas não foram capazes de ter na maior parte do mundo ocidental.¹²

¹² Dada a relevância do tema o autor sugere a leitura do livro “Spiritual Midwifery”, publicado em 1977 e já em sua 3ª edição, com mais de 500.000 exemplares vendidos. Obtenção de maiores informações através do endereço eletrônico: <http://www.thefarm.org/>

Quadro nº 6. Resultados Maternos e Perinatais. *The Farm*, período outubro de 1970 a dezembro de 1994.

Total de partos	1917	
Primíparas	806	42%
Residentes (Vegetarianas)	808	42%
Mulheres Amish	163	8,5%
Outras	946	49,5%
Parto domiciliar	1842	96%
Parto hospitalar	75	4%
Cesariana	35	1,8%
Parto com analgesia	36	1,8%
Parto normal após cesariana	16 sucessos em 16 tentativas	100%
Fórcipe	8	0,41%
Vácuo-extrator	1	0,05%
Morte materna	0	
Morte neonatal	13 8 sem malformação 5 com malformação grave	6,78/1000 Nascidos vivos 4,17/1000 Nascidos vivos 2,60/1000 Nascidos vivos
Morte perinatal	21 18 sem malformação 5 com malformação grave	10,95/1000 Nascidos vivos 9,38/1000 Nascidos vivos 2,60/1000 Nascidos vivos
Períneo intacto	1235	67%
Laceração de 1º grau	330	17,5%
Laceração de 2º grau	303	16%
Laceração de 3º grau	7	0,4%

Fonte: *Spiritual Midwifery*. Ina May Gaskin. (Com autorização da autora)

Hegemonia versus Heresia

Os dois modelos apresentados neste capítulo não são únicos. Tão pouco podem ser entendidos enquanto formas fechadas e acabadas. Estes modelos representam pólos extremos de um espectro de possíveis caminhos que traduzem a forma cultural de se pensar sobre a gravidez, o parto e o nascimento. Entre um e outro existe uma gama de possibilidades, que mais do que serem representadas em uma reta – onde nos extremos encontraríamos os modelos tecnocrático e holístico – deveriam ser representados por uma rede. Esta polaridade está representada no Quadro nº 7.

É possível encontrar indivíduos, tanto obstetras quanto parteiras, que abracem de forma integral um dos dois modelos. Assim como é possível encontrar pessoas que adotem paradigmas de modelos distintos. No entanto, devido ao modelo de atenção hospitalar ter sido desenvolvido claramente dentro do paradigma tecnocrático, mesmo aquelas pessoas, profissionais ou usuários, mais alinhadas com o paradigma holístico enfrentam dificuldades dentro das maternidades. O parto hospitalar vivenciado tanto pela mulher como pela equipe profissional pode se tornar uma briga entre os dois modelos conceituais apresentados no Quadro nº 7.(Davis-Floyd, Robie, 1992)

Assumindo que a assistência hospitalar ao parto encontra-se majoritariamente alinhado com o lado tecnocrático do espectro, tanto as mulheres e suas famílias quanto os profissionais que são treinados e trabalham dentro de hospitais acabam por abraçar este paradigma; desta forma, para estes indivíduos o modelo holístico existe apenas como uma utopia, um “ideal a ser construído” ou mesmo, uma série de idéias e valores que nenhuma pessoa racional poderia vir a compactuar. A hegemonia *versus* a heresia.

Quadro nº 7. Comparação entre os modelos tecnocráticos e holístico de atenção ao parto, segundo Robbie Davis-Floyd(Davis-Floyd, Robie, 1992)

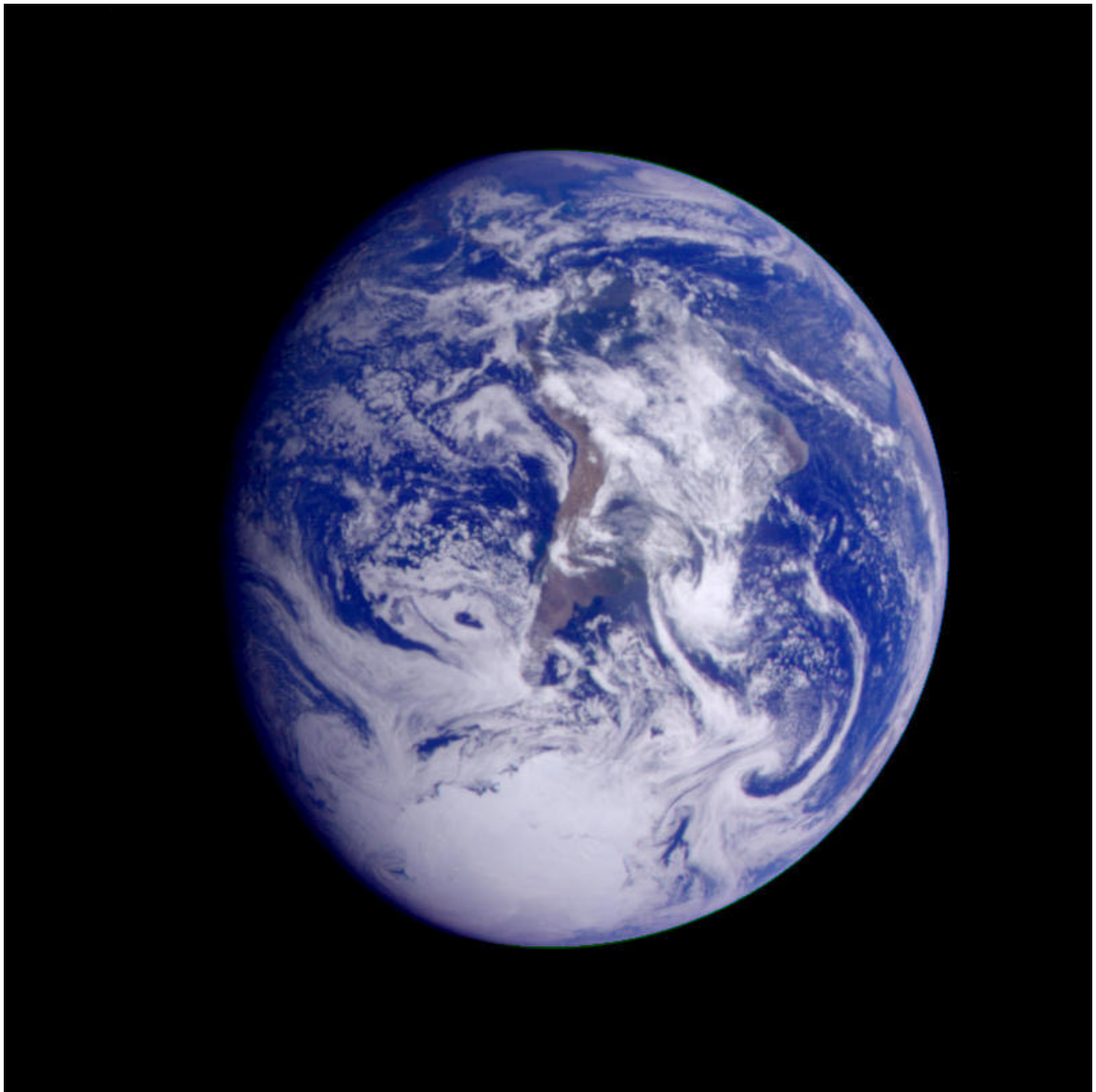
MODELO TECNOCRÁTICO	MODELO HOLÍSTICO
Perspectiva masculina	Perspectiva feminina
Centrado no homem	Centrado na mulher
Mulher= objeto	Mulher= sujeito
Corpo masculino = padrão	Corpo feminino = padrão
Mulher = homem defeituoso	Mulher = normal nos seus próprios termos
Discurso segmentado	Discurso integral
A mente está acima do corpo, separado dele	Mente e corpo, uma única unidade
Corpo = máquina	Corpo = organismo
Corpo feminino = máquina defeituosa	Corpo feminino = Organismo saudável
Processo reprodutivo feminino disfuncional	Processo reprodutivo feminino normal e saudável
Gravidez e parto potencialmente patológico	Gravidez e parto potencialmente saudável
Médico = técnico	Parteira = acolhimento
Hospital = fábrica	Residência = ambiente acolhedor
Bebê = produto	Mãe/bebê = unidade inseparável
Feto é separado da mãe	Mãe e bebê são uma unidade

Modelos de Assistência ao Parto e Nascimento

Segurança do feto como justificativa para não levar em consideração as necessidades psicológicas da mãe	Segurança e necessidades psicológicas da mãe e do bebê são os mesmos
Antagonismo entre os interesses da mãe e do feto	Bom para a mãe = bom para o feto
Supremacia da tecnologia	Suficiência da natureza
Importância na ciência, nas coisas	Importância nas pessoas
Instituição = unidade social significativa	Família = unidade social essencial
Ação baseada em fatos e números	Ação baseada no conhecimento do corpo e instinto
Validação apenas do conhecimento tecnológico	Conhecimento experimental e emocional valorizado tanto quanto ou mais valorizado do que o tecnológico
Cuidado pré-natal adequado é objetivo, científico	Cuidado pré-natal objetivando a empatia, o cuidado
Saúde do bebê durante a gestação assegurado através de medicamentos, testes e técnicas	A saúde do bebê assegurado pela saúde física e mental da mãe
Parto = um processo mecânico	Parto = um fluxo de experiência
Útero = musculatura involuntária	Útero = parte responsiva de um todo
O tempo é importante; aderência a partogramas é essencial para a segurança do bebê	O tempo é irrelevante; importante é o fluxo de experiência da mulher.
Uma vez que o trabalho de parto tenha iniciado deverá seguir de forma contínua, caso contrário, é necessário intervir-se	O trabalho de parto pode começar e parar, seguir seu próprio curso acelerando ou desacelerando
Alguma intervenção médica é necessária em todo o parto	Facilitação (alimentação apropriada, posicionamento materno efetivo, suporte) é apropriado, intervenção médica usualmente inapropriada
Ambientação usualmente irrelevante	Ambientação como chave para o parto seguro
Parturiente presa ao leito, ligada a máquinas e com exames frequentes pelo staff é apropriado	Mulher livre para fazer o que achar necessário — movimentar-se, alimentar-se, dormir — é apropriado
A dor do parto é problemática e inaceitável	Dor do parto aceitável, normal
Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto	Integração corpo/mente, suporte para o parto como mecanismo de controle da dor
Dor de origem iatrogênica aceitável	O profissional deve estar muito atento em não provocar dor
Uma vez cesárea sempre cesárea. Parto normal após cesárea de alto risco	Parto normal após cesárea encarado normalmente
Apresentações anômalas requerem sempre grandes intervenções, mormente a cesárea	Apresentações anômalas requerem técnicas adequadas — versões externas, parto de quatro para a apresentação pélvica
Obstetra = supervisor, gerente, técnico especialista	Parteira = guia competente
O obstetra controla	A parteira dá o suporte, assiste
Responsabilidade é do médico	Responsabilidade é da mãe
O médico faz o parto	A parturiente pari

O feto tornado visível (USG, FIVETE) e a mulher invisível	A mulher e o feto como unidades indivisíveis. A mulher sempre visível
---	---

Fonte: Davis-Floyd (1992:160). Com autorização da autora.



CAPÍTULO VI :
TRANSCENDENDO O PASSADO
SEMEANDO O FUTURO

“Ao término de um período de decadência sobrevém o ponto de mutação. A luz poderosa que fora banida ressurgiu. Há movimento, mas este não é gerado pela força... O movimento é natural, surge espontaneamente. Por esta razão, a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartado, e o novo é introduzido. Ambas as medidas se harmonizam com o tempo, não resultando daí, portanto, nenhum dano.”

I Ching

“Jaquiñatakixa, qhipha nayara uñtassisa sarnaqaãwa”

(As experiências do passado distante e do presente, são nossos caminhos para a humanidade)

Anônimo – Filosofia Aymara

CAPÍTULO VI: TRANSCENDENDO O PASSADO SEMEANDO O FUTURO

Aqui neste capítulo me permito escrever na primeira pessoa, como uma demonstração de meu comprometimento, envolvimento e responsabilidade com a reflexão teórica e sua vinculação indissociável com a prática¹. Lembro o que foi dito por Ruben Alves, citado por Zuleica Maria Patrício em sua Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem: *“E que recuperemos a coragem de falar na primeira pessoa, dizendo com honestidade o que vimos, ouvimos e pensamos. Escrever biograficamente, sem vergonha”*.(Patrício, 1995)

Esta dissertação é produto de um processo que envolveu a intuição, o sentimento e a razão, é resultado do acúmulo de vivências de um profissional, que acima de tudo valoriza a vida. E a vida ao ser valorizada nos aponta o caminho do prazer, da felicidade, do relacionamento interpessoal baseado na confiança, respeito, carinho e amor.

Como não poderia deixar de ser, o caminho trilhado refletiu a minha trajetória de vida, assumindo que os nossos conhecimentos são provenientes de nossa própria participação nos processos do universo. Assim ficou fácil o diálogo entre minha vida pessoal/profissional e os ensinamentos obtidos através do “namoro” com as várias disciplinas envolvidas com o estudo do processo do parto e nascimento e que vão muito além da mera abordagem biologicista tradicionalmente realizada pelos obstetras.

¹ Nesta dissertação há um compromisso em vincular o conhecimento e a práxis (Do grego *“prâxis”*, que significa: 'ação'. Entendida enquanto o conjunto das atividades humanas tendentes a criar as condições indispensáveis à existência da sociedade e, particularmente, à atividade material, à produção). A obtenção do conhecimento voltado para a mudança tanto no campo do agir – ação social e ética, quanto no campo do fazer – ação técnica. Busco, com o conhecimento adquirido estreitar as relações entre o agir e o fazer.

Desde pequeno ouvi com muita atenção as histórias² relacionadas ao meu nascimento³ e ao nascimento de minha irmã⁴. Meus pais as contaram com um misto de amor e ódio. Amor, pois foram duas gestações desejadas, planejadas e acolhidas em um ambiente de muito carinho, amor e respeito. Ódio, pela sensação de impotência frente ao desrespeito e violência perpetrados durante os dois períodos de internação. Essas histórias me marcaram profundamente, muito me ensinaram e, até hoje, continuam a influenciar minha prática e minha busca por um modelo de atenção eficiente que seja capaz de garantir a mística e a beleza deste momento crucial na vida de uma pessoa, de uma família e, conseqüentemente, de toda a sociedade.

Outro aspecto abordado na introdução desta dissertação é o fato de que muito precocemente ingressei no mundo fantástico da assistência ao parto e nascimento. Acabara de completar 20 anos de idade quando tive o privilégio de assistir o primeiro parto. Nesta viagem de 27 anos percorri vários caminhos, alguns muito tortuosos e difíceis, outros que me deixaram perplexo e cheio de indagações. Enveredei pelo caminho da assistência à gestante de alto risco⁵, por um período de 12 anos; assisti o primeiro parto de cócoras no dia 14 de maio de 1982 (o nascimento de meu filho) e a partir desta data passei a estimular minhas clientes a adotar esta posição na hora do parto; mudei de cidade⁶, concentrei minha

²Diferentes formas de adquirir conhecimento necessitam de diferentes padronizações do rigor com o método e com a precisão, e, muitas pessoas em nossa sociedade cometeram o erro de assumir que a previsibilidade e alto grau de (preferencialmente matemática) de precisão são critérios universais para julgamento da excelência de um corpo de conhecimentos. (...) O contar histórias é mais comum e mais sutil do que os ensaios clínicos e a estatística; seu ensinamento é mais rico e mais circular e, portanto mais fácil de penetrar mais rápido e mais profundamente na alma, para emergir depois, transformado, em um novo conhecimento. O contar histórias é essencial na prática clínica: o que mais seria um 'estudo de caso', do que uma forma especial de se contar uma história? E o que seria uma 'evidência anedótica' mas um modo especial de se contar uma história que ensina o que a cultura ou uma profissão gostaria de ignorar? RONCALLI, LUCIA. Standing by process: A midwife's notes on story-telling, passage, and intuition. In: DAVIS-FLOYD, ROBBIE; ARVIDSON, P SVEN. **Intuition: the inside story**. New York, 1997. p.177-200.

³ Meu parto foi realizado por obstetra que não conhecia minha mãe, foi utilizado fórceps, apesar de já ter sido realizado diagnóstico de desproporção céfalo-pélvica.

⁴ Minha irmã nasceu prematura, com 1.700g no vaso sanitário do Hospital dos Servidores. Ninguém havia acreditado em minha mãe, que afirmava que ela estava nascendo!

⁵ Hospital dos Servidores do Estado, maternidade de nível de atenção terciário, onde atuei de abril de 1984 a dezembro de 1995.

⁶ Morava, desde meu nascimento no Rio de Janeiro, mudei-me em janeiro de 1996 para Florianópolis-SC.

atividade em uma maternidade escola que desde sua inauguração vem apontando para uma mudança de paradigma.⁷

Esta perplexidade foi originada em primeiro lugar pela observação⁸ do modo desrespeitoso e violento como a maioria das mulheres é atendida em muitas maternidades brasileiras associada à observação de que os resultados obtidos com o modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento estavam muito aquém do almejado frente a uma situação fisiológica e natural, relacionada diretamente à preservação da espécie e, portanto, comprovadamente eficaz, desde nossa origem como seres humanos, pois se assim não fosse não existiria mais a nossa espécie.

No Brasil ostentamos uma taxa de mortalidade materna e perinatal que o coloca em condições piores do que a Tunísia, Tailândia e México, dentre outros, e muito próximo a países como o Peru e Filipinas. Devo acrescentar um fato nem sempre abordado de que para cada morte materna registrada, outras mulheres sofrem danos à suas saúde, muitas vezes irreversíveis. A cada ano estima-se que 15 milhões de mulheres experienciam complicações severas relacionadas à forma com que foram atendidas, complicações estas que levam a doenças ou deficiências físicas permanentes.(Mirsky, 2001) A elevada taxa de mortalidade materna denuncia de forma inexorável a lacuna existente entre os ricos e os pobres: para cada mulher que morre por causas relacionadas à gravidez nos países desenvolvidos outras noventa e nove mulheres irão morrer nos países em desenvolvimento.(Mirsky, 2001) Posso afirmar que, além de evitável em sua grande maioria, esta tragédia está associada à injustiça social, pobreza, ausência de garantia mínima dos direitos reprodutivos, onde se inclui a ausência de acesso ao aborto seguro e a um modelo adequado de assistência à gravidez, parto, nascimento e ao período pós-parto.

Além disso, tais indicadores negativos estão associados a um modelo intervencionista onde rotinas que foram implementadas no passado em outros países e vendidas posteriormente para as nações menos favorecidas e que se perpetua até hoje e carecem de respaldo científico – o Brasil das “*desnecesárias*”, da episiotomia e da

7 Maternidade do Hospital Universitário da UFSC.

⁸ Inicialmente pelas estórias contadas, posteriormente e muito precocemente pela minha atividade como acadêmico de medicina na Maternidade do Hospital Getúlio Vargas (Baixada Fluminense) e posteriormente, como observador atento às realidades das várias maternidades visitadas, tanto no Brasil quanto no exterior.

esterilização involuntária⁹. *“Por exemplo, o uso rotineiro de monitorização fetal contínua leva a um aumento na taxa de cesariana, a qual leva a um aumento na internação destes bebês em unidades de tratamento intensivo, devido à síndrome de angústia respiratória ou prematuridade. Cada uma destas intervenções traz riscos para a mãe e para o bebê! Fica fácil identificar a forma como a abordagem baseada na alta-tecnologia cria outros problemas — iatrogenia. Ao invés de uma troca de hábitos os obstetras concluem que o nascimento é bastante arriscado, quando na realidade o médico é a causa para tornar o parto arriscado...”* (Wagner, 2000a) Este exemplo fornecido por Marsden Wagner demonstra a (tão negada pelo modelo biomédico) iatrogenia perpetrada pelo modelo hegemônico da assistência ao parto e nascimento.

Todo este caminho percorrido, das histórias ouvidas, do antagonismo entre o prazer vivido e a violência observada e da sensação de solidão e exclusão de um portador do discurso contra-hegemônico, me levou à opção de buscar contribuir para a criação de um novo modelo de assistência trabalhando por dentro do sistema, assumindo uma postura pró-ativa, fugindo da crítica pela crítica e optando pela tentativa de construção de um caminho que, ao aprofundar o conhecimento a respeito do velho conhecido, prepara o solo e planta a semente para o novo. Toda esta complexidade gerou as perguntas que me conduziram a iniciar esta pesquisa:

Por quê razão nós obstetras fazemos o que fazemos, da forma como fazemos, sem questionar o que é feito e muitos de nós sabendo que o que fazemos está errado?

Por quê razão, apesar a atual facilidade de acesso à informação, insistimos na adoção de medidas ultrapassadas que carecem de “respaldo científico” mesmo quando analisadas dentro do paradigma cartesiano que as gerou?

Por quê razão após o desenvolvimento de desenhos de estudos e técnicas de análise estatística potentes – Medicina Baseada em Evidências – mantemos em nossas escolas

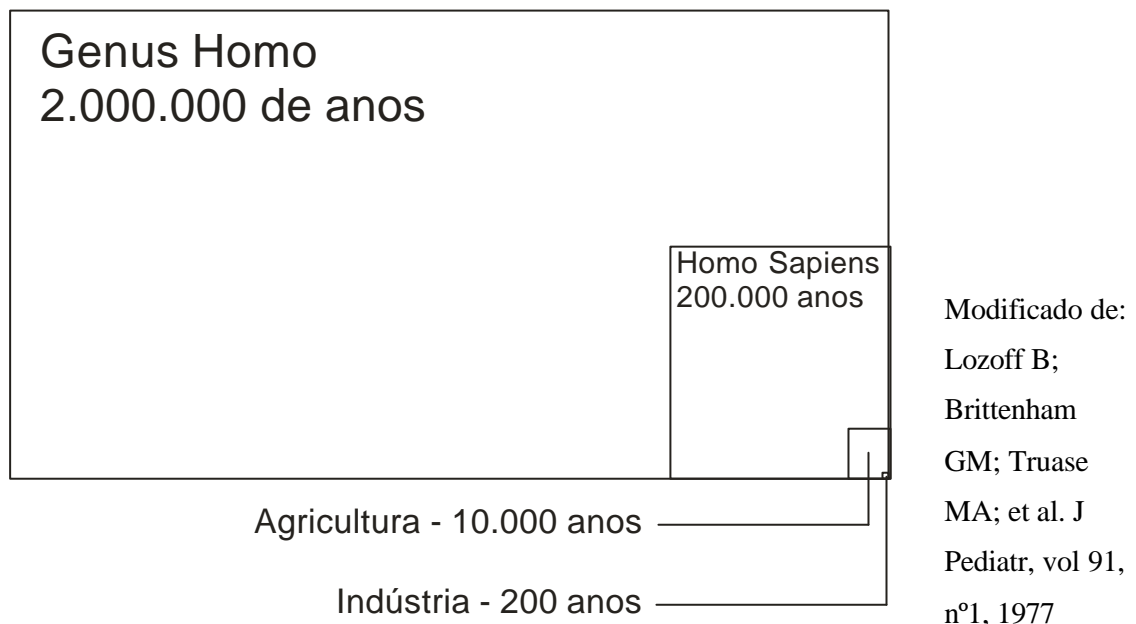
⁹ Gomes (1994) denunciou que, “em 1994, Sônia Beltrão, arquiteta de 36 anos de idade, foi submetida a uma cesariana na Maternidade da Praça XV no Rio de Janeiro. Durante sua hospitalização descobriu que ela e tantas outras mulheres tinham sido esterilizadas sem autorização prévia e sem conhecimento durante a cesariana. Embora tenha feito uma denúncia na imprensa, o médico que a esterilizou foi apenas suspenso de suas atividades durante o período de um mês. O caso de Sônia Beltrão foi um dos muitos casos que conduziu o Congresso a instituir uma Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar a esterilização indiscriminada de mulheres no Brasil”. (Gomes, 1984)

médicas e em nossa prática diária rotinas e procedimentos baseados na experiência pessoal de alguns “iluminados” – “**Medicina Baseada em Eminências**”?

O flerte inicial com a História da Obstetrícia abriu a possibilidade do entendimento de questões básicas que contribuíram para a construção deste modelo.

Em primeiro lugar fica claro que a história da obstetrícia não se confunde com a história do parto e nascimento. Como podemos observar no Diagrama nº 1 apesar do homem se reproduzir com muito sucesso há aproximadamente 2.000.000 de anos, somente há 200 anos, com o advento da industrialização, é que a obstetrícia se fez presente.

Diagrama nº 1. Diagrama ilustrando o tempo relativo que os humanos levaram para desenvolver a sociedade industrial e a agrícola comparado com o longo tempo como sociedades de caçadores e extrativistas.



Aqui cabe uma pergunta:

— O crescente aumento do uso de tecnologia avançada durante a assistência à gravidez, ao parto e nascimento resultou em menor morbi-mortalidade perinatal?

Segundo Marsden Wagner, “*Nos Estados Unidos não se observa nenhum decréscimo nos últimos 30 anos no número de bebês com paralisia cerebral. O maior matador de recém-nascidos é um peso ao nascer muito baixo, mas o número destes bebês com muito baixo peso ao nascer não diminuiu nos últimos 20 anos. O número que morrem ainda no ventre materno não diminuiu na última década. Enquanto que na última década observou-se uma diminuição do número de bebês que morrem ainda durante a primeira semana de*

vida, os dados científicos sugerem um aumento no número de bebês que sobrevivem à primeira semana mas apresentam dano cerebral permanente.”(Wagner, 2000b)

Outra pergunta que necessariamente dever ser feita é:

— Este modelo vem salvando mais vidas de mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto?

Wagner também responde: *“Nos EUA os dados científicos sugerem que durante os últimos 10 anos não se observou uma diminuição na taxa de mortalidade materna. Na realidade, dados recentes sugerem um aumento assustador no número de mulheres que morrem durante a gravidez e o parto nos EUA. Portanto, é possível que o aumento do uso de tecnologia de ponta não somente não está salvando mais vidas, mas também está matando mulheres. Esta possibilidade conta com uma explicação científica razoável: a cesariana e a anestesia peridural vêm sendo cada vez mais utilizadas neste país e nós sabemos que tanto a cesariana quanto o bloqueio peridural podem causar mortes.”(Wagner, 2000b)*

— Mas, cabe aqui contra-argumentar, não foi observado uma verdadeira diminuição nas taxas de mortalidade perinatal e materna, por muitas décadas até meados do século XX?

Novamente Wagner responde: *“Isto ocorreu não por causa dos avanços na medicina, mas principalmente por avanços sociais como diminuição da pobreza, melhoria na nutrição e melhores condições de moradia. Mais importante, a diminuição da mortalidade é secundária ao planejamento familiar, resultando em menos mulheres grávidas e menos nascimentos. O cuidado médico também foi responsável pela diminuição da mortalidade perinatal, não pelo uso de intervenções baseadas em alta tecnologia, mas devido a avanços na medicina primária, tais como a descoberta de antibióticos e a habilidade e segurança na transfusão sangüínea. Ainda não surgiu qualquer evidência de que as intervenções baseadas em tecnologia de ponta como o uso rotineiro de monitorização eletrônica fetal durante o parto tenha contribuído para a diminuição da taxa de mortalidade perinatal.”(Wagner, 2000b)*

O parto e nascimento, que sempre foram considerados como “coisa de mulher”, somente abriram suas portas aos homens em meados do século XVII. Ao entrar neste mundo inerentemente feminino o homem o fez pela porta da patologia, gradativamente ocupando mais e mais espaço, rechaçando o conhecimento milenar acumulado pelas

parteiras, com isto perdendo o fio da fisiologia e, finalmente, expulsando as mulheres e a própria família do recinto, construindo uma “ciência” sob a ótica masculina.

A história da obstetrícia é a história de uma luta em busca de poder. É a história da exclusão da mulher, da depreciação do universo feminino, da transformação de uma atividade inerentemente feminina, natural e fisiológica em um procedimento médico, androcêntrico, tecnocrático e cheio de riscos iminentes.

Essa reflexão sobre a história da obstetrícia ajuda a compreender o caminho percorrido, os tropeços, os desvios que levaram à inadequada utilização da tecnologia, assim como nos ajuda a escolher novos caminhos que possam vir a contribuir para a adequação do uso destas tecnologias a um modelo construído sob uma nova ótica, sob um novo paradigma.

O “namoro” com a antropologia abriu um novo universo para o entendimento das forças que contribuíram para a gênese do modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento. Neste modelo o corpo humano é tratado como uma máquina que pode ser dividida em partes e depois reconstruída para seu melhor funcionamento. O próprio modelo pode ser avaliado à luz desta metáfora. Hierarquizado, composto por partes estanques, cada profissional apesar de ser considerado apenas como uma pequena engrenagem não entende a necessidade da relação com os outros profissionais, e que tem por finalidade a garantia de um **produto** perfeito – o bebê.

A utilidade prática desta forma de encarar o mundo foi, no século XVII, a separação do corpo, da mente e da alma, A **alma** ficou sob a responsabilidade da Igreja, a **mente**, sob a responsabilidade dos filósofos e o **corpo**, que pode ser aberto à investigação científica, ficou sob a responsabilidade dos médicos.

Os médicos alicerçaram seus conhecimentos em uma visão mecanicista do universo, que segue leis previsíveis, as quais podem ser descobertas através da ciência e manipuladas pela tecnologia, com o intuito de diminuir a dependência do homem em relação à natureza e, em última instância, controlá-la.

O sistema de credo religioso no início do século XII, sob forte hegemonia da Igreja Católica, colocava a mulher em condição inferior ao homem, mais próxima da natureza e mais frágil, física e intelectualmente. Conseqüentemente, ao estabelecer a metáfora do corpo-máquina, o corpo masculino foi assumido enquanto o protótipo, e o feminino, por se desviar do padrão masculino, foi conseqüentemente abordado como anormal,

inerentemente defeituoso e, perigosamente sob a influência da natureza, ou seja, o mais fraco.

A análise dos rituais em torno do parto desenvolvida no Capítulo V revela que a visão de mundo que forma a base filosófica tanto da biomedicina quanto da sociedade ocidental é a **tecnocracia**. Esta visão de mundo fundamentado em um sistema de organização política e social baseado na predominância dos técnicos, em uma sociedade que os supervaloriza e é organizada nos termos de sua tecnologia é burocrático, autocrático e hierarquizado.

Esses rituais, também conhecidos como rotinas para atenção ao parto, trabalham efetivamente para transmitir à mulher os valores nucleares de nossa sociedade.

Os mentores dessas rotinas estabelecidas sob este paradigma, os médicos, assumem que os procedimentos obstétricos são fundamentados pela ciência e baseados na fisiologia da gestação, parto e nascimento. Ao contrário, podemos sugerir que a transferência da atenção ao parto e nascimento para o hospital e, conseqüentemente para o controle dos médicos, resultou em uma proliferação de rituais em torno desse processo fisiológico, muito mais elaborados do que se conhecia até então no “mundo primitivo”.

A maioria das pessoas em nossa sociedade, incluindo a maioria dos obstetras, enfermeiras, assim como as mulheres atendidas por estes profissionais, vê estes procedimentos como necessidades médicas, como **a ordem natural das coisas**!

Apesar do parto ser um fenômeno universal da fisiologia humana, o local, de que forma, com quem e mesmo quando uma mulher vai parir segue, invariavelmente, determinações culturais desta sociedade.

Em nossa sociedade a maioria das mulheres é hospitalizada, é separada da família antes e do bebê logo após o parto, recebe uma episiotomia, é submetida à condução do parto, dá à luz deitada de costas (quando a via de parto é vaginal) e em 40% dos partos (no Brasil) é submetida à cesariana!

O parto — ao contrário do descrito nos livros-textos que o descreve em termos exclusivamente mecânicos — pode ser considerado como um trabalho realizado pela mulher, que com as contrações uterinas e o seu esforço voluntário favorece a saída do bebê de um mundo interno e privativo, no interior de sua barriga, para um mundo de maiores dimensões, o da sociedade.

Não há sociedade conhecida aonde o nascimento seja tratado pelas pessoas envolvidas como uma função meramente fisiológica. Ao contrário, em qualquer lugar é socialmente construído.

A metáfora do corpo-máquina e a imagem decorrente do corpo feminino como uma máquina defeituosa constituiu-se na base filosófica da Obstetrícia moderna.

A aceitação desta metáfora foi acompanhada da exclusão das parteiras e do surgimento do parto mecanicamente manipulado pelo homem

Desta forma impôs-se à Obstetrícia o desenvolvimento de tecnologias para a manipulação e melhoramento do inerentemente defeituoso, logo, anormal e perigoso processo de nascimento. O hospital foi transformado em um fábrica detentora de sofisticada tecnologia (representada pelas ferramentas construídas ou mesmo pelas máquinas que substituem muitas vezes a presença humana). Quanto mais sofisticada for a tecnologia disponível, melhor é o conceito do hospital, que por ser uma instituição constitui uma unidade social mais importante que a família. Logo, em nossa sociedade¹⁰, espera-se que o processo do parto deva preencher as necessidades desta instituição e não da família, que é sempre obrigada a se adaptar às rotinas e procedimentos hospitalares. Isto justifica a crescente padronização da assistência, que não leva em conta a individualidade, as necessidades pessoais e a diversidade de nossa cultura.

Autores como Fleck (1936) e Khun (1962) sugeriram que os valores de uma sociedade não são periféricos à ciência e à tecnologia, mas constituem sua própria força motriz. Estes autores nos ensinaram que os fatos científicos emergem de toda uma constelação de percepções, valores e ações humanos, ou seja, de um estilo de pensamento, de um paradigma ou de uma visão de mundo.

O paradigma adotado pela ciência tradicional¹¹, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica, resultou, como descreve George Engel, *“nas noções do corpo como uma máquina, da doença como consequência de uma avaria na máquina, e da tarefa*

¹⁰ No Brasil a convivência de modalidades diferentes de assistência ao parto, concordante com a variedade de culturas existentes neste país continente, não altera o que aqui afirmo. Pois apesar desta grande variedade de alternativas o modelo tecnocrático é, sem qualquer sombra de dúvida, o hegemônico.

¹¹ Onde os valores são separados dos fatos, o que conduz ao pensamento de que os fatos científicos são independentes daquilo que fazemos e são, portanto, independente de nossos valores. No entanto, os cientistas são responsáveis não apenas intelectualmente, mas também moralmente, pelas suas pesquisas.

do médico como conserto dessa máquina.”(Engel, 1977) Esta é a **tese** defendida consciente ou inconscientemente pela maioria das pessoas na sociedade ocidental contemporânea.

A **antítese** passa pela noção do pensamento sistêmico enquanto uma teoria geral que poderia oferecer um arcabouço conceitual para unificar várias disciplinas científicas que se tornaram isoladas e fragmentadas. Segundo esta concepção o mundo é visto em termos de relações e de integração. *“Os sistemas são totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas às de unidades menores. Em vez de se concentrar nos elementos ou substâncias básicas, a abordagem sistêmica enfatiza princípios básicos de organização. (...) As propriedades sistêmicas são destruídas quando um sistema é dissecado, física ou teoricamente, em elementos isolados. Embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema, a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes.”*(Capra, 1982a) Pg 260 De acordo com a visão sistêmica, as propriedades essenciais de um organismo, ou sistema vivo, são propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. Elas surgem das interações e das relações entre as partes.

Desse modo, o pensamento sistêmico envolve uma mudança da ciência objetiva para a ciência epistêmica, para um arcabouço no qual a epistemologia torna-se parte integral das teorias científicas.(Capra, 1996b)

O desafio de sintetizar estas idéias coincidiram com a virada do século. Neste momento, a preocupação com o meio ambiente se faz presente, desde as agendas dos governos até os corações e mentes dos ecologistas. E esta preocupação reflete uma situação onde uma gama de problemas, que engloba países do primeiro ao terceiro mundo, denuncia a agressão constante e crescente à vida humana e à própria Terra, que, assim como outros autores, temo possa ser irreversível. Hannah Arendt (1993) ao tecer considerações sobre a condição humana afirma que a *“Recentemente, a ciência vem-se esforçando por tornar <<artificial>> a própria vida, por cortar o último laço que faz do próprio homem um filho da natureza. O mesmo desejo de fugir da prisão terrena¹² manifesta-se na tentativa de criar a vida numa proveta, no desejo de misturar, <<sob o microscópio, o plasma seminal congelado de pessoas comprovadamente capazes a fim de produzir seres humanos superiores>> e <<alterar-lhes o tamanho, a forma e a função>>; e talvez o desejo de*

¹² Aqui a autora se refere à conquista do espaço sideral. E à “liberação” do ser humano dos “grilhões” representados pelo confinamento ao planeta Terra.

fugir à condição humana esteja presente na esperança de prolongar a duração da vida humana para além do limite dos cem anos.

Esse homem futuro, que segundo os cientistas será produzido em menos de um século, parece motivado por uma rebelião contra a existência humana tal como nos foi dada – um dom gratuito vindo do nada (secularmente falando), que ele deseja trocar, por assim dizer, por algo produzido por ele mesmo. Não há razão para duvidar de que sejamos capazes de realizar essa troca, tal como não há motivo para duvidar de nossa atual capacidade de destruir toda a vida orgânica na Terra.”(Arendt, 1993)pg 10-1

Vieira (1997) acrescenta que “verifica-se no mundo de hoje, uma globalização crescente dos problemas ligados ao meio ambiente. O domínio do homem sobre a natureza aumentou consideravelmente com a industrialização. A produção industrial e agrícola, o desenvolvimento das biotecnologias, a urbanização acelerada produziram um impacto negativo sobre o meio ambiente. A atmosfera, os oceanos, os rios, os lagos, os lençóis de água, as florestas, a fauna e a flora estão cada vez mais ameaçadas. Um relatório apresentado ao presidente dos Estados Unidos em 1982 calculou que 15 a 20% das espécies do planeta terão desaparecido até o início do século XXI pela destruição de seus habitat naturais.

A atividade humana modificou radicalmente a configuração da camada natural das terras do mundo. A destruição indiscriminada de florestas e zonas verdes, a pastagem excessiva e a gestão inadequada das terras agrícolas conduziram à degradação de grandes extensões de terra.”(Vieira, 1998)

Paralelamente às perturbações do meio ambiente, os modos de vida humanos individuais e coletivos têm evoluído no sentido de uma progressiva deteriorização. “Assim, para onde quer que nos voltemos, reencontramos esse mesmo paradoxo lancinante: de um lado, o desenvolvimento contínuo de novos meios técnico-científicos potencialmente capazes de resolver as problemáticas ecológicas dominantes e determinar o reequilíbrio das atividades úteis sobre a superfície do planeta e, de outro, a incapacidade das forças sociais organizadas e das formações subjetivas constituídas de se apropriar desses meios para torná-los operativos.”(Guattari, 1989) pg 12

A gravidade desta situação me faz supor que este conjunto de problemas não pode ser resolvido, ou mesmo entendido de forma isolada. O que está em questão é a maneira de viver daqui a diante sobre esse planeta, no contexto da aceleração das mutações técnico-

científicas e do considerável crescimento demográfico.(Guattari, 1989) Segundo Capra (1996) *“São problemas sistêmicos, o que significa que estão interligados e são interdependentes. Por exemplo, somente será possível estabilizar a população quando a pobreza for reduzida em âmbito mundial. A extinção de espécies animais e vegetais numa escala massiva continuará enquanto o Hemisfério Meridional estiver sob o fardo de enormes dívidas. A escassez dos recursos e a degradação do meio ambiente combinam-se com populações em rápida expansão, o que leva ao colapso das comunidades locais e à violência étnica e tribal que se tornou a característica mais importante da era pós-guerra fria.”*(Capra, 1996a) pg23

Dentro da mesma linha de raciocínio sugiro que a compreensão dos problemas oriundos do modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento também não podem ser analisados isoladamente. *“São problemas derivados de uma visão de mundo, de um paradigma obsoleto, uma inadequada e parcial percepção da realidade. Ela deriva do fato de que a maioria de nós, e em especial nossas grandes instituições sociais, concordam com os conceitos de uma visão de mundo obsoleta, uma percepção da realidade inadequada...”*(Capra, 1996b) pg 23

Ao pensar um novo modelo de assistência ao parto temos, necessariamente, que pensar em uma mudança na visão de mundo ou seja, em nossa percepção do mundo, no nosso pensamento e nos nossos valores e, conseqüentemente, em uma **superação** da ciência que aprisionou nossa criatividade e gerou um modelo inadequado na maioria dos aspectos analisados. Como poderíamos transcender uma visão de mundo e da ciência baseando-se em descobertas científicas oriundas do início do século passado, que vem sendo questionadas por descobertas mais recentes? Para superar o velho não seria mais interessante atualizar nossos referenciais teóricos alinhando-os às descobertas científicas ocorridas recentemente, na virada para o século XXI?

Isto requer uma mudança fundamental no entendimento da ciência assim como da sociedade. Ou seja, *“atualizar nossa forma de pensar e enxergar o mundo em que vivemos com base em novos arcabouços, em linha com o que a ciência (no sentido lato) do limiar do século XXI está trazendo à tona”*.(Motomura, 2001) A discussão sobre um novo modelo é indissociável da discussão sobre a mudança necessária em nossa sociedade para que se possa garantir a sobrevivência de nossa espécie. *“Na medida em que nossa vida é vivida a partir de uma perspectiva ‘especializada’/fragmentada (...) nos fechamos num mundo próprio como num grande ‘videogame’. Só que a diferença é que todos os nossos atos*

gerados a partir dessa visão fragmentada têm conseqüências na realidade maior. Conseqüências que poderão afetar de todo o planeta e até de futuras gerações...”(Motomura, 2001)

Infelizmente, a necessidade urgente desta mudança ainda não atingiu a consciência da maioria de nossos cientistas, de nossos líderes políticos, de nossos administradores e de nossos professores. *“Não haverá verdadeira resposta à crise ecológica a não ser em escala planetária e com a condição de que se opere uma autêntica revolução política, social e cultural reorientando os objetivos da produção de bens materiais e imateriais. Esta revolução deverá concernir, portanto, não só às relações de forças visíveis em grande escala, mas também, aos domínios moleculares de sensibilidade, de inteligência e de desejo.”*(Guattari, 1989)(Pg 9 – grifo meu)

Segundo Capra (1996) *“Nossos líderes não só deixam de reconhecer como diferentes problemas estão inter-relacionados; eles também se recusam a reconhecer como as suas assim chamadas soluções afetam as gerações futuras.”*(Capra, 1996a) O que nos remete a outra questão fundamental muito bem definida por Lester Brown¹³ citado por Capra(Capra, 1996a): *“Uma sociedade sustentável é aquela que satisfaz suas necessidades sem diminuir as perspectivas das gerações futuras.”* Ou o que nos ensinou o Chefe Seattle em sua carta endereçada ao presidente americano Franklin Pierce, em 1854: *“O que ocorre com a Terra recairá sobre os filhos da Terra. Há uma ligação em tudo.”*(Worldwatch, 2002a)

O paradigma que gestou e vem nutrindo o atual modelo hegemônico de atenção ao parto e dominando a nossa cultura, modelando nossa sociedade ocidental e influenciando significativamente outras culturas (como já foi abordado em capítulo anterior), fundamenta-se em várias concepções e valores, destacando-se o entendimento do **universo como um sistema mecânico**, a visão do **corpo humano enquanto máquina**, e do **corpo feminino como uma máquina defeituosa** e isto, conforme adiciona Capra, *“...associado à visão da vida em sociedade como uma luta competitiva pela existência, a crença no progresso material ilimitado, a ser obtido por intermédio de crescimento econômico e tecnológico, e – por fim, mas não menos importante – a crença em que uma sociedade na qual a mulher é, por toda a parte, classificada em posição inferior à do homem é uma sociedade que segue uma lei básica da natureza.”*(Capra, 1996b)(pág 25)

¹³ Lester Brown é o fundador do Worldwatch Institute e do Earth Policy Institute. <http://www.wwiuma.org.br>

Ao contrário da crença generalizada de que as questões femininas avançaram muito, a constatação que se faz é que na passagem para o século XXI milhões de mulheres, em todas as partes do mundo, ainda estão presas a uma vida onde não podem freqüentar escolas, possuir propriedades, votar, ganhar salários ou controlar seus corpos, e onde a violência é uma ameaça constante.

Além de aproximadamente meio milhão de mulheres morrerem anualmente por complicações evitáveis durante a gravidez, parto e pós-parto — mais de 1.300 mulheres morrerão no dia em que eu estiver defendendo esta dissertação — mundialmente se observa que a incidência de AIDS é mais alta entre as mulheres do que entre homens, reflexo da ausência de autonomia sexual para recusar o sexo, ou exigir que seu “parceiro” use preservativo. A violência de gênero assume muitas formas e afligem mulheres durante toda a vida. Cerca de 60.000 mulheres são dadas como desaparecidas na China e na Índia, devido a abortos seletivos de sexo, infanticídios femininos e negligência. Em 2.000 mais de 5.000 mulheres foram assassinadas pelo próprio pai ou outros membros da família, por terem falado com homens na rua, ou “desonrado” a família ao se tornarem vítimas de estupro. Mais de dois milhões de mulheres são submetidas a mutilação genital a cada ano. Dois terços dos analfabetos mundiais são mulheres. Por quase todo o mundo as mulheres ganham, em média, dois terços a três quartos do salário dos homens, pelo mesmo serviço.(Worldwatch, 2002b) Da mesma maneira que Odent (2002) afirma ser o amor materno o protótipo de todas as formas de amor, (Odent, 2002a) a **violência contra a mulher** pode ser considerada como o **protótipo de todas as formas de violência**

— Segundo Aaby (1977) a primeira apropriação da propriedade privada consistiu na apropriação do trabalho da mulher como reprodutora.(Aaby, 1977)

“The connection between the reification of women on the one hand and the state and private on the other is exactly the opposite of that proposed by Engels and his followers. Without the reification of women as a historically given socio-structural feature, the origin of private property and the state will remain inexplicable”(Aaby, 1977)

Homens e mulheres vêm sofrendo exclusão e discriminação devido à classe social a que pertençam. Porém, ao contrário das mulheres, nenhum homem vem sofrendo exclusão devido ao seu sexo.(Lerner, 1986)

A mulher é essencial e desempenha um papel central no desenvolvimento de qualquer sociedade; ela é, e sempre foi, agente da história. No entanto essa mulher tem sido sistematicamente excluída do empreendimento de criar um sistema de símbolos, filosofia, ciência e as leis que regem a sociedade. A mulher não só sofreu privação em sua educação em qualquer sociedade estudada, como foi excluída do processo de gerar novas teorias. Existe uma contradição entre o papel ativo e central da mulher na criação da sociedade e sua marginalidade no processo de interpretação e explicação da realidade desta mesma sociedade.

Para responder estas perguntas vale recorrer novamente às metáforas. A idéia de uma Terra viva, a Mãe-Terra é muito antiga, essa metáfora precedeu à da Terra como um ser inanimado.

Capra (1996) sugere que “...a exploração da natureza tem marchado de mãos dadas com a das mulheres, que têm sido identificadas com a natureza através dos séculos. Essa antiga associação entre mulher e natureza liga a história das mulheres com a história do meio ambiente, e é a fonte de um parentesco natural entre feminismo e ecologia”.(Capra, 1996a) Este ponto de vista é compartilhado por Lerner (1986) que também sugere que a exploração da mulher ocorreu paralelamente à exploração do nosso planeta Terra.(Lerner, 1986) Existiria alguma relação entre estas duas formas de violência?

Remontam à era Neolítica as evidências da adoração a uma Deusa-Terra / Deusa-Mãe. É possível arriscar uma explicação para a escolha desta metáfora ao considerar a força do vínculo afetivo entre mãe e a criança. Como foi sugerido por Freud, a primeira interação do bebê com o mundo se dá em um ambiente onde o ‘eu’ está muito fracamente separado do todo. O ambiente, que consiste basicamente na mãe, responsável pela nutrição, calor, carinho e prazer, somente se torna gradativamente separado do ‘eu’ na medida em que a criança começa a rir ou a chorar, uma forma de garantir suas necessidades básicas. Quando as necessidades desta criança não são atendidas e ela vivencia ansiedade e dor associada a frio e fome, ela aprende a reconhecer o poder avassalador do outro – sua mãe. A psicologia moderna nos oferece detalhes da complexa interação entre a mãe e sua criança e das formas como a expressão corporal materna e sua fala ajudam a gerar o conceito que esta criança terá do mundo e dela própria.

Estas generalizações, apesar de terem sido formuladas baseando-se na maternidade estudada na civilização ocidental contemporânea, servem para salientar a importância crucial da experiência infantil com a completa dependência do poder avassalador de sua

mãe na formação do caráter e identidade do indivíduo. Em uma era onde leis que proíbem o infanticídio, assim como a disponibilidade de aleitamento artificial, quartos aquecidos artificialmente e cobertores, dentre outras facilidades, provê às crianças a proteção da sociedade, independente da visão de mundo desta mãe, este poder avassalador parece mais simbólico do que real. Por mais de duzentos anos, com o advento da industrialização e urbanização, outras pessoas, homens ou mulheres, podem, se houver necessidade, prestar um cuidado “materno” a estas crianças, sem ameaçar suas chances de sobrevivência.

Desta forma a sociedade se interpôs entre a mulher e a criança alterando, assim, o próprio conceito de maternidade.(Lerner, 1986)

Mas nas civilizações primitivas, antes da criação das instituições da sociedade moderna, o poder verdadeiro da mãe sobre o bebê deve ter sido impressionante. Apenas os braços maternos abrigavam a criança do frio e apenas o seu leite fornecia o alimento necessário à sua sobrevivência. A indiferença ou a negligência desta mulher poderia levar esta criança à morte. Esta mulher realmente tinha o poder sobre a vida e a morte. Não parece desprovido de significado o fato de tanto os homens quanto as mulheres, desde os primórdios de nossa civilização, adotarem a metáfora da Deusa-Mãe.(Lerner, 1986)

A força da metáfora da adoração à Deusa-Mãe no Neolítico tem sido confirmada por dados arqueológicos. Gimbutas (Gimbutas, 1986) refere a existência de aproximadamente 30.000 mini esculturas em mármore, ouro, osso, cobre dentre outros materiais, oriundos de aproximadamente 3.000 sítios arqueológicos somente no sudoeste da Europa que testemunham a força desta crença naquela época. Esta autora sugere, baseada nos achados arqueológicos, que estes símbolos culturais do Neolítico sobreviveram, pelo menos até o segundo milênio antes de Cristo em Creta.

Existe uma profusão de achados arqueológicos com figuras femininas, todos enfatizando seios, umbigos e vulvas, e de maneira usual as mulheres são apresentadas na posição de cócoras, a qual é a posição adotada no parto prevalente nesta época.

A interpretação destes achados, a favor do significado religioso destas figuras femininas, é corroborada por evidências históricas derivadas de mitos, rituais e histórias sobre a criação do mundo. Nelas, a Deusa-Mãe é virtualmente universal como figura dominante. Isto nos permite interpretar os achados arqueológicos com uma certa segurança. Em que pese a dificuldade de se interpretar visão de mundo prevalente naquela época, pode-se dizer que uma profusão de figuras femininas que enfatizam a maternidade

oriundas do Neolítico correspondem a achados literários e mitológicos que celebram o poder da divindade feminina.

Quando partimos do 4º milênio A.C. em direção à nossa época, observamos o aparecimento de figuras representativas da Deusa-Mãe em situações muito mais elaboradas e consistentemente utilizando atributos simbólicos. A Deusa era representada em mastros ou árvores, acompanhada de cabras, cobras e pássaros. Ovos e símbolos de vegetação eram associados a ela. Estes símbolos denotam que ela era venerada como uma fonte de fertilidade tanto para a vegetação e animais, quanto para os seres humanos. Ela era representada por exemplo, como deusa-cobra, com os seios expostos, em Creta (3.000 – 1.110 A.C.) e a freqüente associação com a lua simbolizava os poderes místicos sobre a natureza e as estações. O sistema de crença manifestada na adoração à Deusa-Mãe / Deusa-Terra era monoteísta e baseado no animatismo¹⁴. A unidade entre a Terra, as estrelas, os seres humanos e a natureza, assim como entre o nascimento e a morte, tudo isto parecia ser incorporado na figura da Deusa-Mãe.(Lerner, 1986)

O culto à Deusa-Mãe era baseado na crença em sua responsabilidade pela criação assim como pela morte. Ao mesmo tempo em que era considerada casta, também tinha explícita sua liberdade sexual (Deusa Ishtar ou mitologia Dumuzi). A dualidade da Deusa representava a dualidade observada na natureza – dia e noite, nascimento e morte, luz e escuridão. Assim, na época mais precoce de que se tem notícia, a adoração religiosa à força feminina era reconhecida como surpreendente, poderosa e transcendente.(Lerner, 1986)

A supremacia desta Deusa também era expressa nos mitos primitivos sobre a origem do ser humano, que celebravam a criatividade e o dom de criar a vida. Na mitologia egípcia a deusa Num deu a luz ao deus sol Atum, o qual, por sua vez, criou o resto do universo. A deusa suméria¹⁵ Nammu criou por partenogênese¹⁶ o deus masculino Na e a Deusa-Terra Ki. Na Babilônia a deusa Tiamat e seu consorte pariram deuses e deusas. Na mitologia grega, a Deusa-Terra Gaia, sem perder a virgindade, deu a luz ao céu, Uranos. A criação dos seres humanos também teria se dado através de Gaia.(Lerner, 1986)

¹⁴ Sistema de crenças ou modo de pensamento em que entidades naturais e objetos inanimados são tidos como dotados de um princípio vital impessoal ou uma força sobrenatural que lhes confere vida e atividade.

¹⁵ Sumério: povo que habitava uma antiga região da baixa Mesopotâmia.

¹⁶ Forma de reprodução sexual em que um óvulo se desenvolve sem ter havido fertilização.

Estas histórias sobre a criação de todas as coisas expressam um conceito derivado dos modos primitivos de veneração à fertilidade feminina. A força primal na natureza é o mar, a água, o mistério representado pelo ovo, que se abre para criar uma nova vida. Deusa-Cobra, Deusa-Mar, Deusa-Virgem, Deusa-Terra é a figura feminina que segura a chave do mistério.(Lerner, 1986)

O advento da escrita, do registro histórico e da elaboração de um sistema simbólico corroborou para aumentar gradativamente o poder da abstração do ser humano. O nome quando escrito entra para a história e se torna imortal. A escrita, o registro histórico, o pensamento matemático e a elaboração de vários sistemas simbólicos vieram a contribuir para uma alteração significativa da percepção do tempo e do espaço. E não se constitui em surpresa o fato de que os mitos religiosos viessem a refletir estas alterações na consciência. Isto, de certa forma, ao contribuir para a “simbolificação” da capacidade de criar, como no conceito de nomear algo ou alguém, facilitou o afastamento da concepção da Deusa-Mãe como o princípio único da criação.(Lerner, 1986) Ficou mais fácil substituir a crença baseada no senso comum sobre os fatos observados a respeito da fertilidade feminina e da criação, por outra mais elaborada, que pode ser expressa pelo “**NOME**”, ou pelo “**CONCEITO**”. O aumento da capacidade em se construir abstrações e criar símbolos foi a condição básica necessária para se mover em direção ao monoteísmo da forma como o conhecemos.

Esta mudança gradativa coincidiu com a criação de Estados sob o reinado de monarcas poderosos e o fortalecimento das relações de parentesco nestas sociedades, com a gradativa subordinação da mulher ao homem. A Deusa-Mãe foi sendo substituída por outros deuses, aumentando a adoração aos deuses masculinos. A Deusa-Mãe foi sendo colocada na posição de irmã ou esposa de divindades mais importantes — a mulher vista através do homem.

Outro aspecto desta rica mitologia é a necessidade expressa da união dos diferentes. Homem e mulher são participantes de todo o processo de criação. Nada existiria sem os dois. Eles se complementam. Existia uma profunda igualdade entre homens e mulheres antes da mudança de paradigma que alterou até o sexo dos deuses. Enquanto a mulher fosse a mediadora entre os deuses e os humanos ela poderia ocupar qualquer espaço na sociedade de forma igualitária com os homens.(Lerner, 1986)

Esta metáfora da Deusa-Mãe / Deusa-Terra era baseada em uma consciência profundamente ecológica. Todas as coisas, não apenas os animais, eram vistas como

habitadas por um espírito interior que as animavam. Havia uma conexão forte entre todas as formas de seres vivos com a Terra. Neste sentido, para que se viesse a explorar a Terra, abrir suas entranhas, era necessário torná-la um ser inanimado. Um vasto mecanismo sem vida, ela poderia ser desmontada e manipulada, submetida a experimentos com impunidade, sem ferir a ética. Qual o ser humano que abriria as entranhas de sua própria mãe para extrair riquezas de seu ventre?

Gradativamente a crença em uma poderosa e única Deusa-Mãe foi sendo substituída pelo politeísmo, uma multiplicidade de deuses e uma diluição deste poder – deusa Lua, deusa Terra, deus Sol, deus do vento e assim por diante.

Esta crença, por sua vez, foi substituída no islamismo, judaísmo e no cristianismo, por um único Deus Todo-Poderoso (Criador do Céu e da Terra). *“Desta forma os ventos, os rios e os corpos celestes perderam sua vontade, mas os organismos vivos — de forma muito especial os seres humanos — preservaram a deles”*.(Margulis;Sagan, 2002)Pg 20 Gradativamente, a mulher¹⁷ passava a ocupar uma posição cada vez mais secundária na sociedade.

¹⁷ Remeto o leitor à reflexão elaborada por Souza (ano-referência) sobre a mulher: *“Afiml quem é o Ser Mulher?”*

Parece-me que, no sentido religioso, a mulher é o ser representado por Eva, particularmente para o catolicismo, quando há menção da mulher como: a porta para a entrada do diabo; a marca da árvore proibida; as primeiras desertoras da lei divina; as que persuadiram o homem de que o diabo não devia ser atacado; aquelas que destruíram a imagem do Deus, o homem.

E para o Islamismo, segundo o Alcorão seria esta a concepção sobre a mulher? Parece-me distinta, quando me ateno a seguinte citação: " (...) Verdadeiramente, jamais perderei a obra de qualquer um de vós, seja homem ou mulher, porque procedeis uns do outros" (3:195) (...)"

Interessante é que, quando uma mulher é mencionada, de algum modo ela está relacionada ao homem, tornando clara e controversa esta relação nas distintas sociedades, em espaços e tempos diferentes. Esta relação, entre homens e mulheres, assume várias conotações e perpassa historicamente, sem linearidade, pela sedução, posse, controle/ dominação e complementaridade, ou seja a mulher complemento do e secundária ao homem. A controvérsia é tamanha que, os limites entre o amor e o ódio se tornam cada dia mais tênues, em qualquer credo, dando vasão a uma dor do ser e não ser, que atinge homens e mulheres de todas as partes do mundo.

Mulheres, seres como diz Rita Lee (compositora e cantora brasileira), em pleno século XX, “mulher é bicho esquisito, todo mês sangra”.

O bicho esquisito, denota no meu entendimento, os diferentes matizes que há no significado do Ser Mulher; ou seja, o Ser multifacetado que, assume, muitos espaços e afazeres sociais. O Ser que, agrega e desagrega, ampara e ameaça, produz e reproduz os próprios homens enquanto novos seres que participam de vários processos sociais. É ela que dá sentido e existência a vida no exercício da sexualidade na condição de prostituta (somente para os prazeres, principalmente da carne) e a mãe imaculada (santa reprodutora e apoiadora incontestada, até dos erros , a que cala em nome dos homens que pare e cria).

Finalmente com o advento do pensamento mecanicista o último baluarte do animismo — os organismos vivos — foi substituído pela metáfora da máquina e a noção do Universo orgânico, vivo e espiritual foi substituída pela noção do mundo entendido enquanto um relógio – coisa inanimada. “...*Os brinquedos de corda e as maquetes automatizadas do sistema solar sugeriram a seus inventores que até as coisas vivas poderiam ser construídas a partir de mecanismo sem vida, molas sutis escondidas, minúsculas polias, alavancas, dentes e engrenagens invisíveis. Comparando o fluxo de sangue com um sistema hidráulico e o coração com uma bomba, o físico inglês William Harvey (1578-1647) descobriu a circulação sanguínea. Os cientistas desvendaram os mecanismos secretos do mundo, parte de um projeto global. A história natural revelou que o mundo era um mecanismo gigantesco, feito de acordo com a mente de um deus onipresente e onipotente. (...) Longe de serem movidos por espíritos ocultos, os corpos celestes passaram então a parecer governados por leis matemáticas preexistentes. A intervenção divina tornou-se cada vez mais supérflua.*”(Margulis;Sagan, 2002)Pg 20-21 Esta mudança radical foi subsidiada por descobertas em física, astronomia e matemática englobadas pelo conceito de Revolução Científica e associada aos nomes de Copérnico, Galileu, Descartes e finalmente ao nome de Isaac Newton.

Descartes, como já foi discutido em capítulo anterior, foi o criador do método analítico, que consiste em dividir os fenômenos a serem estudados em peças cada vez menores para, a partir dessas, entender o todo. Esta forma de raciocínio conduziu à separação entre mente (*res cogitans*) e matéria (*res extensa*). Só os seres humanos faziam parte de Deus, por serem dotados de alma. Este universo material, onde os organismos vivos estavam incluídos (os animais, apesar de, aparentemente, sentirem dor, eram considerados como máquinas desprovidas de alma) ao ser considerado como uma máquina poderia, também, ser completamente entendido a partir de suas menores partes.

Ao dividir a realidade entre a consciência humana e um mundo “extenso” objetivo e insensível, que podia ser matematicamente medido, Descartes preparou o terreno para uma investigação científica da natureza de acordo com as leis matemáticas de Deus – O Relojoeiro Supremo.(Margulis;Sagan, 2002)

Mas, estariam as religiões (Islamismo, Catolicismo, Judaísmo ou outras) contribuindo, de algum modo, para os seres humanos, independente do sexo que nasceram, se respeitarem mais? Colocava a mulher em condição inferior ao homem, mais próxima da natureza e mais frágil, física e intelectualmente.”

Galileu, por sua vez, contribuiu para a expulsão da **“qualidade”** da ciência. Esta ciência deveria se ocupar – **exclusivamente** – dos fenômenos que poderiam ser **quantificados e medidos**.

Mas foi Isaac Newton, ao desenvolver os conceitos que convencionamos chamar de mecânica newtoniana, que coroou de êxito esta mudança de paradigma — o universo como uma máquina perfeita governada por leis matemáticas exatas.

Uma espécie de licença cartesiana deu precedência à matéria em relação à forma, ao corpo em relação à alma e à natureza espacialmente extensa em relação à percepção interna. A matéria, o corpo e a natureza, ao contrário do pensamento ou dos sentimentos, puderam ser quantificados, examinados e enfim “compreendidos” através da física matemática.(Margulis;Sagan, 2002)

Ao adotar este novo paradigma criaram-se as condições de exploração da Terra e da Mulher. Foi uma estratégia vitoriosa, muito bem sucedida ao longo de toda a ciência moderna, mas, nos alerta Laing (1972), a nossa obsessão com a quantificação e com a medição também nos tem cobrado uma pesada taxa.

“O programa de Galileu oferece-nos um mundo morto: extinguem-se a visão, o som, o sabor, o tato e o olfato, e junto com eles vão-se também as sensibilidades estética e ética, os valores, a qualidade, a alma, a consciência, o espírito. A experiência como tal é expulsa do domínio científico. É improvável que algo tenha mudado mais o mundo nos últimos quatrocentos anos do que o audacioso programa de Galileu. Tivemos de destruir o mundo em teoria antes que pudéssemos destruí-lo na prática.”(Laing, 1972)

Como chegar ao sabor do açúcar analisando o carbono, o hidrogênio e o oxigênio isoladamente?

Com as novas descobertas científicas nas áreas da física (Prigogine, 1980) e da biologia (Maturana;Varela, 1980), dentre outras, fica cada vez mais claro a insuficiência do arcabouço teórico, construído a partir do pensamento de Descartes e Newton, para responder a um número cada vez maior de questionamentos sobre o universo, sobre a origem da vida e sobre a relação entre todos os seres com o planeta e com o universo.

As teorias especulativas a respeito do planeta como um sistema vivo têm sido estudadas por um número cada vez maior de autores. Se vamos ou não optar em chamar este sistema de “GAIA”, como o fez o químico atmosférico Lovelock,(Lovelock;Margulis, 1974) e declará-lo oficialmente tão vivo quanto qualquer outro organismo, fica

secundarizado quando temos acesso às sugestões de número cada vez um maior de pesquisadores que *“assumem de uma maneira clara e simples que o sistema global que liga a vida ao âmbito físico existe de verdade, e que nós, seres humanos, apesar das aparências e dos protestos em contrário, ainda continuamos a ser parte integrante desse sistema.”*(Eldredge, 2002)

Mas *“O que é vida? (...) Que aconteceu com a matéria viva para torná-la tão diferente? A resposta é tão científica quanto histórica. A vida é sua própria história inimitável. A partir de uma perspectiva incontroversa comum, ‘você’ teve início no útero de sua mãe, cerca de nove meses antes de seja qual for a sua idade. Para uma perspectiva evolucionista mais profunda, entretanto, ‘você’ teve início com a ousada gênese da vida — sua secessão, há mais de quatro bilhões de anos, da poção das bruxas da Terra primitiva.”*(Margulis;Sagan, 2002)

Para o melhor entendimento desta questão é importante refletir sobre um conceito introduzido por James Lovelock e desenvolvido por ele e Lynn Margulis¹⁸.

A partir de uma pesquisa encomendada pela NASA (projetar instrumentos para analisar a possibilidade de existência de vida em Marte), Lovelock reconheceu a mais geral das características de um ser vivo: o fato de extrair energia e matéria e descartar produtos residuais para o meio ambiente.

Lovelock supôs, baseando-se nesta idéia, que a vida em qualquer planeta utilizaria a atmosfera e os oceanos como meio fluido para obtenção de matérias-primas e liberação de produtos residuais. Portanto, especulou, poder-se-ia ser capaz, de algum modo, de detectar a existência de vida analisando a composição química da atmosfera de um planeta. Dessa maneira, se houvesse vida em Marte, a atmosfera marciana revelaria algumas combinações de gases, algumas ‘assinaturas’ características, que poderiam ser detectadas até mesmo a partir da Terra.

Isto foi confirmado pelos experimentos conduzidos por Lovelock e mais tarde pela análise feita diretamente no local por sondas enviadas a Marte pela NASA.(Capra, 2002a)Pg 91

¹⁸ O primeiro um químico especializado em química da atmosfera e a segunda uma bióloga. Lovelock J, Margulis L. Biological modulation of the Earth's atmosphere. Icarus 1974;21

Mas a grande contribuição de Lovelock foi o entendimento da razão para este perfil atmosférico em Marte. Em um planeta sem vida todas as reações químicas possíveis entre os gases na atmosfera já foram completadas há muito tempo atrás. Em Marte, por exemplo, não há mais reações químicas na atmosfera, há um total equilíbrio(Capra, 2002a)Pg 91 — Não há movimento, e onde não há movimento, não há vida!

De maneira antagônica, a atmosfera terrestre encontra-se longe deste equilíbrio. Aqui se pode observar a convivência de quantidades significativas de gases como o oxigênio e o metano, que possuem a propriedade de reagirem um com o outro, explodindo. Lovelock compreendeu que esse estado especial deve-se à presença de vida na Terra. *“Em outras palavras, Lovelock reconheceu a atmosfera da **Terra** como um sistema aberto, **afastado do equilíbrio**, caracterizado por um fluxo constante de energia e de matéria. Sua análise química detectava a própria **‘marca registrada’ da vida.**”*(Capra, 1996b)Pg 91 (Grifos meus)

Uma das questões centrais neste pensamento é a idéia da auto-regulação. Sabe-se que a temperatura solar aumentou em 25% desde o início da vida neste planeta. No entanto a temperatura terrestre permanece quase inalterada e, no período onde se observa a maior alteração, essa pode ser credenciada à capacidade destrutiva da raça humana. A sugestão de Lovelock, baseada nesta observação significava uma ruptura com a ciência tradicional. Ele se perguntava: *“E se a Terra fosse capaz de regular sua temperatura assim como outras condições planetárias — a composição de sua atmosfera, a salinidade de seus oceanos, e assim por diante — assim como os organismos vivos são capazes de auto-regular e de manter constantes a temperatura dos seus corpos e também outras variáveis?”*(Capra, 1996b)Pg 92

“Considere a teoria de Gaia como uma alternativa à sabedoria convencional que vê a Terra como um planeta morto, feito de rochas, oceanos e atmosfera inanimadas, e meramente habitado pela vida. Considere-a como um verdadeiro sistema, abrangendo toda a vida e todo o seu meio ambiente, estreitamente acoplados de modo a formar uma entidade auto-reguladora.”(Capra, 1996b)

Margulis ao acrescentar seu conhecimento sobre as características biológicas dos gases atmosféricos contribuiu para a evolução desta teoria. Assim, ambos foram capazes de identificar uma complexa rede de laços de realimentação, a qual, supunham, criaria a auto-regulação do Planeta. *“O aspecto de destaque desses laços de realimentação está no fato de que ligam conjuntamente sistemas vivos e não-vivos. Não podemos mais pensar nas*

rochas, nos animais e nas plantas como estando separados uns dos outros. A teoria de Gaia mostra que há um estreito entrosamento entre as partes vivas do planeta — plantas, microorganismos e animais — e suas partes não-vivas — rochas, oceanos e atmosfera.”(Capra, 1996b)Pg. 93

Estes autores sugerem que a evolução dos primeiros organismos processou-se de mãos dadas com a transformação da superfície planetária, a partir de um ambiente inorgânico em uma biosfera auto-reguladora. Esta descoberta *“iluminadora que os levaram a formular um modelo que é, talvez, a mais surpreendente e mais bela expressão da auto-organização — a idéia de que o planeta Terra como um todo é um sistema vivo, auto-organizador.”(Capra, 2002a)Pg 23*

A biosfera como um todo é autopoética¹⁹, no sentido de que sustenta a si mesma. Um de seus ‘órgãos’ vitais, a atmosfera, é claramente cuidada e alimentada. A atmosfera terrestre, com aproximadamente 1/5 de oxigênio, difere radicalmente da de Marte e Vênus. A atmosfera destes planetas tem 9/10 de dióxido de carbono, que na atmosfera terrestre é encontrado apenas três partes em dez mil. Se a biosfera terrestre não se compusesse de seres que consomem dióxido de carbono (plantas, algas e bactérias), há muito tempo nossa atmosfera teria chagado a uma estabilidade química rica em dióxido de carbono, e praticamente todas as moléculas capazes de reagir com outras já o teriam feito, em vez disso, as atividades conjuntas da vida autopóética da superfície levaram a uma atmosfera em que o oxigênio se mantém em níveis de aproximadamente 20 por cento há pelo menos 700 milhões de anos.

Capra (2002) complementa *“não existe nenhum organismo individual que viva em isolamento. Os animais dependem da fotossíntese das plantas para ter atendido as suas necessidades energéticas; as plantas dependem do dióxido de carbono produzido pelos animais, bem como do nitrogênio fixado pelas bactérias em suas raízes; e todos juntos, vegetais, animais e microorganismos, regulam toda a biosfera e mantêm as condições propícias à preservação da vida.”(Capra, 2002b) pg 23* e Margulis complementa

¹⁹ Os biólogos chilenos Humberto Maturana e Francisco Varela vêem no metabolismo a essência de algo realmente fundamental para a vida. Dão-lhe o nome de **‘autopoese’**. Proveniente de raízes gregas que significam **‘si mesmo’** (*auto*) e **‘fazer’** (*poiesin*), a autopoese refere-se à produção contínua de si mesma pela vida. Sem o comportamento autopoético, os seres orgânicos não se sustentariam — não permaneceriam vivos. Somente as células, os organismos feitos de células e as biosferas feitas de organismos são autopoéticos e podem efetuar o metabolismo. MARGULIS, LYNN; SAGAN, DORION. **O que é a vida?** ed. Rio de Janeiro: Jorge Zaar, 2002. 289 p.

“Considerada em sua extensão fisiológica máxima, a vida é a superfície planetária. A Terra é tão pouco um pedaço de rocha de dimensões planetárias, habitado pela vida, quanto nosso corpo é um esqueleto infestado de células.” (Margulis;Sagan, 2002)Pg 36

Lovelock e Margulis agiram de forma sinérgica ao elaborar esta teoria; conseguiram desta forma olhar para a vida de maneira sistêmica ao reunir geologia, microbiologia e química atmosférica, dentre outras disciplinas (cujos profissionais, por ainda possuírem, em sua grande maioria, uma visão de mundo baseada nos ensinamentos de Descartes e Newton, não são capazes de se comunicarem uns com os outros e desta forma não conseguem avançar na formulação de novas teorias). Esses autores desafiaram a visão tradicional da ciência, baseada no princípio da separação, da análise quantitativa, da incapacidade de pensarem sinergeticamente, ou de forma minimamente interdisciplinar, e se contrapuseram à antiga idéia de que as forças da geologia estabeleceriam as condições para a vida na Terra e que as plantas e os animais seriam meros passageiros que, por acaso, descobriram justamente as condições corretas para sua evolução. De acordo com esta nova e revolucionária teoria — teoria de **Gaia** — **a vida cria as condições para a sua própria existência.**

“Enunciada de maneira simples, a hipótese [de Gaia] afirma que a superfície da Terra, que sempre temos considerado o meio ambiente da vida, é na verdade parte da vida. A manta de ar — a troposfera — deveria ser considerada um sistema circulatório, produzido e sustentado pela vida... Quando os cientistas nos dizem que a vida se adapta a um meio ambiente essencialmente passivo de química, física e rochas, eles perpetuam uma visão seriamente distorcida. A vida, efetivamente, fabrica e modela e muda o meio ambiente ao qual se adapta. Em seguida, esse ‘meio ambiente’ realimenta a vida que está mudando e atuando e crescendo nele. Há interações cíclicas constantes.”²⁰

Capra (1982) colheu os frutos da árvore oriunda da semente plantada por Lovelock e Margulis. Ele sugere que reformulemos nossos conceitos tomando por base uma nova visão da realidade onde a **“separação”** seria substituída pela consciência do estado de inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos — físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais.(Capra, 1982a)

²⁰ Margulis L. Gaia: the living Earth. The Elmwood Newsletter 1989;5(2). In: Capra F. A teia da vida. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix; 1996

“Isso significará a formulação gradual de uma rede de conceitos e modelos interligados e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de organizações sociais correspondentes. Nenhuma teoria ou modelo será mais fundamental do que o outro, e todos eles terão que ser compatíveis. Eles ultrapassarão as distinções disciplinares convencionais, qualquer que seja a linguagem comprovadamente adequada para descrever diferentes aspectos da estrutura inter-relacionada e de múltiplos níveis da realidade. Do mesmo modo, nenhuma das novas instituições sociais será superior ou mais importante do que qualquer uma das outras, e todas elas terão que estar consciente umas das outras e se comunicar e cooperar entre si.”(Capra, 1982a)Pg 259

Este novo paradigma, ao conceber o universo como um todo integrado e não mais como uma coleção de partes dissociadas, ao se preocupar com as gerações atuais da mesma forma como se preocupa com as gerações futuras, deve, necessariamente, estar baseado em uma consciência ecológica profunda²¹. Um paradigma onde não se separa os seres humanos, ou qualquer outra coisa, do meio ambiente; reconhece o valor intrínseco de todos os seres vivos e concebe o ser humano apenas como mais um de seus componentes.

“O cuidado flui naturalmente se o ‘eu’ é ampliado e aprofundado de modo que a proteção da natureza livre seja sentida e concebida como proteção de nós mesmos. ...Assim como não precisamos de nenhuma moralidade para nos fazer respirar... [da mesma forma] se o seu ‘eu’, no sentido amplo dessa palavra, abraça um outro ser, você não precisa de advertências morais para demonstrar cuidado e afeição... você o faz por si mesmo, sem sentir nenhuma pressão moral para fazê-lo. ... Se a realidade é como é experimentada pelo eu ecológico, nosso comportamento, de maneira natural e bela, segue normas de estrita ética ambientalista.”

Um paradigma que, diferentemente do antecessor, não deixe de se auto-avaliar, de aprofundar os questionamentos a si próprio. Um paradigma que *“faz perguntas profundas a respeito dos próprios fundamentos de nossa visão de mundo e do nosso modo de vida moderno, científico, industrial, orientado para o crescimento e materialista.”*(Capra, 1996a)

²¹ “A percepção ecológica profunda reconhece a interdependência fundamental de todos os fenômenos, e o fato de que, enquanto indivíduos e sociedades, estamos todos encaixados nos processos cíclicos da natureza (e, em última análise, somos dependentes desses processos).”CAPRA. Ecologia profunda - Um novo paradigma.

Um paradigma onde se reconhece que todas as concepções e todas as teorias científicas são limitadas e aproximadas. A ciência nunca pode fornecer uma compreensão completa e definitiva.

Um paradigma baseado em uma perspectiva ecológica: *“a partir da perspectiva de nossos relacionamentos uns com os outros, com as gerações futuras e com a teia da vida da qual somos parte.”*(Capra, 1996a)

Um paradigma que contribua para a construção, nutrição e educação de comunidades sustentáveis, nas quais poder-se-ia satisfazer as aspirações imediatas sem diminuir as chances das gerações futuras. Entendendo a conexão existente entre as comunidades sociais e as comunidades ecológicas, consideradas como sistemas vivos que exibem os mesmos princípios básicos de organização.

Um paradigma ecológico deve avançar na discussão da dominação social dentro de uma sociedade patriarcal e androcêntrica. Entendendo a dominação de mulheres por homens como o protótipo de todas as formas de dominação e exploração tão comuns em nossa sociedade e, em particular, no modelo hegemônico de assistência ao parto: a instituição hierarquicamente superior ao profissional de saúde, que por sua vez é superior às mulheres, que são obrigadas a se adequarem aos profissionais e às instituições, muitas vezes sendo desrespeitadas e mesmo violentadas pelo sistema. Conseqüentemente para avançar rumo a um novo paradigma que dê sustentação à criação de um novo modelo de assistência ao parto e nascimento temos que assumir **o conhecimento vivencial feminino como uma das fontes principais de uma visão ecológica da realidade**.

Para a construção deste novo paradigma duas novas idéias, que surgiram no campo da ecologia, são de suma importância: comunidade e rede. Ao considerar uma comunidade ecológica como um conjunto de organismos aglutinados num todo funcional por meio de suas relações mútuas, os ecologistas facilitaram a mudança de foco de organismos para comunidades, e vice-versa, aplicando os mesmos tipos de concepções a diferentes níveis de sistemas.(Capra, 1996b)Pg 44

“Sabemos hoje que, em sua maior parte, os organismos não são apenas membros de comunidades ecológicas, mas também são, eles mesmos, complexos ecossistemas contendo uma multidão de organismos menores, dotados de uma considerável autonomia, e que, não obstante, estão harmoniosamente integrados no funcionamento do todo. Portanto, há três tipos de sistemas vivos — organismos, partes de organismos e comunidades de

organismos — sendo todos eles totalidades integradas cujas propriedades essenciais surgem das interações e da interdependência de suas partes.”(Capra, 1996b)Pg 44

Em outras palavras, a teia da vida consiste em redes dentro de redes. Em cada escala, sob estreito e minucioso exame, os nodos da rede se revelam como conjuntos de redes menores. Na natureza não há acima ou abaixo, e não há hierarquias. Há somente redes aninhadas dentro de outras redes.(Capra, 1996b)Pg 45

Quando esta visão é aplicada à ciência como um todo, ela implica no fato de que a física não pode mais ser vista como o nível mais fundamental da ciência. Ao adotar a concepção de rede os fenômenos descritos pela física não são mais fundamentais do que aqueles descritos, por exemplo, pela biologia ou pela psicologia. Eles pertencem a diferentes níveis sistêmicos, mas nenhum desses níveis é mais fundamental do que os outros.

Da mesma forma o novo modelo de assistência ao parto e nascimento deverá ser construído como uma rede — onde os obstetras, as enfermeiras, as parteiras e todos os outros profissionais envolvidos com o processo se encontrem em um mesmo nível. Estes profissionais deixarão de ser entendidos como componentes (peças ou engrenagens de um mecanismo) que, em última instância dão o formato final ao modelo de atenção. Este modelo será definido por meio das inter-relações entre estes profissionais que a partir de uma ação sinérgica, nas quais as ações combinadas de muitas partes individuais (campo de saber, forma de aquisição do conhecimento, diferenças profissionais) produzem um comportamento coerente com o todo. Aqui o nosso interesse estará nos processos e nas relações entre processos realizadas por meio dos componentes.

Da mesma maneira que nos ecossistemas²² (comunidades ecológicas) a comunidade responsável pela atenção ao parto e nascimento (comunidade social) assumirá que o comportamento de cada membro depende do comportamento de muitos outros. O sucesso da comunidade toda dependerá do sucesso de cada um de seus membros, enquanto que o sucesso de cada membro dependerá do sucesso da comunidade como um todo.(Capra, 1996b)

²² No ecossistema (comunidades ecológicas) todos os membros estão interligados numa vasta e intrincada rede de relações. Eles derivam suas propriedades essenciais, e, na verdade, sua própria existência de suas relações com as outras coisas. A interdependência é a natureza de todas as relações ecológicas.

“Entender a interdependência ecológica significa entender relações. Isso determina as mudanças de percepção que são características do pensamento sistêmico — das partes para o todo, de objetos para relações, de conteúdo para padrão. Uma comunidade humana sustentável está ciente das múltiplas relações entre seus membros. Nutrir a comunidade significa nutrir essas relações.” (Capra, 1996b) Pg 232

Isto leva a aceitação da parceria como uma das características principais destas comunidades. *“A parceria — a tendência pra formar associações, para estabelecer ligações, para viver dentro de outro organismo e para cooperar — é um dos ‘certificados de qualidade’ da vida.”*(Capra, 1996b) Pg 234 O significado desta parceria em nossa comunidade social de assistência ao parto é o poder pessoal e a democracia, pois cada membro da comunidade é entendido dentro de seu próprio papel, sem hierarquia. *“A medida em que uma parceria se processa, cada parceiro passa a entender melhor as necessidades dos outros. Numa parceria verdadeira, confiante, ambos os parceiros aprendem e mudam — eles coevoluem.”*²³

Outro princípio importante na construção deste novo paradigma é a quebra da padronização e o estabelecimento da flexibilidade. A falta de flexibilidade se manifesta como tensão. É importante lembrar que todas as flutuações ecológicas ocorrem entre limites de tolerabilidade e que todo o sistema poderá colapsar quando estes limites forem ultrapassados. O mesmo é verdadeiro para as comunidades sociais, onde posturas rígidas conduzem a situações de tensão. Se a tensão temporária é um aspecto essencial de qualquer comunidade, de qualquer ser vivo a tensão permanente é nociva, destrutiva podendo colocar em risco todo o sistema. Estas considerações levam à sugestão de que administrar um sistema social, no caso uma nova filosofia, um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, significa encontrar os melhores valores possíveis para todas as variáveis do sistema, sem tentar maximizar qualquer variável isolada. Este conceito diz respeito também às soluções de conflitos. A comunidade precisará de estabilidade e de mudança, de ordem e liberdade, de tradição e de inovação. Esses conflitos serão muito mais bem resolvidos ao se buscar um equilíbrio dinâmico e flexível, assumindo-se o conhecimento de que ambos os lados do conflito podem ser importantes e que as

²³ Resultado da aplicação do conceito da parceria com a dinâmica da mudança e do desenvolvimento.

contradições no âmbito de uma comunidade são sinais de sua diversidade e de sua vitalidade e, desse modo, contribuem para a viabilidade do sistema.

Estes são os princípios básicos, as sementes que podem ser plantadas neste momento. À medida em que avançamos por um novo milênio a adoção de um novo arcabouço teórico parece ser indispensável para a própria sobrevivência da humanidade. Esta sobrevivência dependerá do que Capra convencionou chamar de alfabetização ecológica, ou seja, da nossa capacidade para entender esses princípios da ecologia profunda e de viver em conformidade com eles.

Assim como o sistema médico espelha os valores nucleares da sociedade que o criou, a evolução da medicina poderá influenciar os aspectos culturais dessa sociedade. Nós devemos fazer uma pergunta:

— Quem nós queremos nos tornar através dos modelos de assistência à saúde que criamos?

As pessoas que no momento estão envolvidas na transcendência do modelo antigo de assistência ao parto (cidadãos, médicos, enfermeiras, parteiras, obstetras) possuem uma oportunidade única para tecer a rede que poderá vir a se constituir no mais eficiente modelo de atenção ao parto e nascimento criado pelo ser humano. Informações encontram-se facilmente disponíveis a respeito de práticas indígenas de atenção ao parto, algumas das quais (massagens, versões, posição vertical) altamente eficazes e que deveria ser incorporadas imediatamente. Nunca se teve acesso a tantas informações sobre a fisiologia do parto e do nascimento e sobre os tipos de cuidados que verdadeiramente apóiam a mulher neste processo. E, tecnologias estão a disposição qualquer que seja a escolha desta mulher sobre o modelo adotado. Hoje é possível aplicar a tecnologia apropriada, em combinação com os aspectos humanísticos e os conceitos defendidos pelo holismo. Nós podemos de fato criar o melhor modelo que o mundo já presenciou. Este é o desafio que assumo.

Este é o modelo teórico que proponho assumir em conjunto com outros profissionais que terão que ser fortes apoiadores e crentes da ciência, mas ao mesmo tempo, e acima de tudo, críticos desta ciência. Sua visão de ciência apropriada será paralela à de medicina apropriada: será uma visão expandida da ciência, que respeita o ensaio clínico randomizado e duplo-cego e, concomitantemente, reserva um lugar para as evidências seculares, assim como para os fenômenos observados e a intuição. Eles diferem de seus

colegas tecnomédicos em sua compreensão de que diferentes sistemas requerem diferentes abordagens.

A essência da evolução é que cada próximo passo deve **transcender** e **incluir** os mesmos que foram dados antes. As moléculas transcendem e incluem os átomos, as células transcendem e incluem as moléculas, os organismos transcendem e incluem as células, a ciência transcende e inclui os estados pré-cognitivos que a precedem.

Um paradigma que represente o próximo passo evolutivo para a humanidade não deve erradicar, mas deve transcender e incluir o que veio antes.

Significa que para representar uma evolução real na atenção ao parto e nascimento, este novo paradigma quando aplicado na medicina deve transcender as concepções dominantes e recriá-las enquanto prática.

As relações profundamente desiguais entre as formas de aquisição do saber e conseqüentemente entre as categorias profissionais — umas considerando-se mais corretas do que as outras — reforçam a arrogância, incrementam ressentimentos e aprofundam conflitos. Somente criando uma nova aliança entre todas essas categorias profissionais que possuem objetivos comuns, porém, contribuições diferenciadas, conseguiremos implantar um modelo de atenção ao parto e nascimento onde a vida floresça e os seres humanos vivam no cuidado de uns para com os outros, irradiando justiça, celebrando e expandindo a paz desde sempre buscada!

ANEXO 1 — TABELAS.

Tabela nº 1. Partos hospitalares e domiciliares no Brasil, Região Sul e em Santa Catarina.
Período 1996 a 1998.

	Brasil		Reg Sul		SC	
	N	%	N	%	N	%
Hospital	12.275.820	84,70%	2.334.222	98,58%	473.770	99,02%
Domicílio	151.825	1,05%	19.347	0,82%	2.004	0,42%
Total	14.492.507		2.367.844		478.457	

Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Tabela nº 2. População residente, por sexo, situação do domicílio e taxa de crescimento anual, segundo as Grandes Regiões – 1996/2000

Grandes Regiões, Unidades da Federação e municípios	População residente						Taxa de crescimento anual ⁽³⁾
	Em 01.08.1996 ⁽¹⁾	Em 01.08.2000 ⁽²⁾					
		Total	Homens	Mulheres	Urbana	Rural	
Brasil	157 070 163	169 544 443	83 423 553	86 120 890	137 697 439	31 847 004	1,93
Região Norte	11 288 259	12 919 949	6 537 416	6 382 533	9 005 797	3 914 152	3,43
Região Nordeste	44 766 851	47 679 381	23 368 946	24 310 435	32 919 667	14 759 714	1,59
Região Sudeste	67 000 738	72 262 411	35 346 223	36 916 188	65 410 765	6 851 646	1,91
Região Sul	23 513 736	25 071 211	12 383 407	12 687 804	20 290 287	4 780 924	1,62
Região Centro-Oeste	10 500 579	11 611 491	5 787 561	5 823 930	10 070 923	1 540 568	2,55

Fontes: IBGE, Contagem da População 1996 e Censo Demográfico 2000.

⁽¹⁾ Redistribuição da população de acordo com a divisão territorial vigente em 1º de agosto de 2000.

⁽²⁾ Resultados preliminares.

⁽³⁾ Taxa média geométrica de incremento anual da população residente.

Tabela nº 3. Taxa de Alfabetização em maiores de 14 anos, por sexo, dividido entre a população urbana e rural. Brasil 1997-1999.

Ano	População Urbana			População Rural		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	90,65	89,18	89,88	68,16	71,16	69,6
1997	90,17	88,53	89,3	66,53	69,52	67,97
1998	90,82	89,29	90,01	68,1	71,57	69,76
1999	90,96	89,69	90,29	69,77	72,33	71

Fontes: IBGE, Contagem da População 1996 e Censo Demográfico 2000.

Tabela nº 4. Esperança de vida ao nascer no Brasil, por sexo e segundo. Período: 1997-1999

Brasil e Regiões Geográficas	1997			1998			1999		
	Masculino	Feminino	Geral	Masculino	Feminino	Geral	Masculino	Feminino	Geral
TOTAL	64,09	71,7	67,78	64,32	71,98	68,04	64,33	72,3	68,4
Região Norte	64,77	70,77	67,55	65,05	71,09	67,85	65,34	71,41	68,16
Região Nordeste	61,81	67,89	64,83	62,11	68,21	65,14	62,41	68,53	65,46
Região Sudeste	64,63	73,61	68,97	64,79	73,85	69,17	64,95	74,08	70,8
Região Sul	66,67	74,27	70,34	66,87	74,52	70,57	67,07	74,77	70,8
Região Centro- Oeste	65,56	72,18	68,67	65,78	72,44	68,92	66,01	72,71	69,17

Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).[DATASUS, 2000 #264]

Tabela nº 5. Percentual de mulheres esterilizadas e percentual de mulheres usando algum método anticoncepcional, segundo idade. Período 1996

Método	EF ⁽¹⁾	CP ⁽²⁾
Idade (anos)	%	%
TOTAL	27,3	55,4
15-19	0,1	14,7
20-24	5,9	43,8
25-29	21,1	64,7
30-34	37,6	75,4
35-39	49	75,3
40-44	53,4	71,2
45-49	47,6	61,7

Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). [DATASUS, 2000 #264]

⁽¹⁾ Percentual de esterilização feminina.

⁽²⁾ Percentual de mulheres utilizando algum método de contracepção.

Tabela nº 6. Número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos segundo Região. Brasil, período 1997-1999.

Região e UF	1997		1998		1999	
	Taxa	Óbitos maternos	Taxa	Óbitos maternos	Taxa	Óbitos maternos
Brasil	61,02	997	68	1.359	55,77	1138
Região Sudeste	58,5	568	67,79	915	53,36	739
Região Sul	71,51	337	76,25	350	61,87	291
Santa Catarina	48,1	47	43,69	42	43,5	43
Região Centro-Oeste	48,01	92	49,51	94	58,31	108

Fontes:

MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;

MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;

IBGE/Estimativas demográficas

Notas:

1. As taxas foram calculadas diretamente dos sistemas SIM e SINASC para os estados que atingiram percentual de cobertura igual ou superior a 90% dos óbitos femininos de 10 a 49 anos de idade, correspondendo a todos os estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com exceção do Mato Grosso. Para Minas Gerais, utilizou-se como número de nascidos vivos o valor estimado pelo IBGE.

2. Os totais para o Brasil e Regiões foram calculados apenas com as UFs consideradas.

Tabela nº 7. Percentagens de Mortes Maternas por Causas Obstétricas Direta e Indireta

País	% de Causas Obstétricas	
	diretas	indiretas
Brasil *	89	11
França**	82	18
Holanda**	65	35
Reino Unido**	52	48

Fontes: * DATASUS, ** Bouvier-Colle e cols., 1995.(Bouvier-Colle *et al.*, 1991)

Tabela nº 8. Percentagem dos Óbitos Maternos por Complicação da Gravidez, Parto e Puerpério RN, MT e PA, julho a dezembro de 1997

Causa Básica de Morte	%
Obstétrica Direta	
Eclâmpsia	21,7
Síndromes hemorrágicas	17,4
<i>Hemorragia pós-parto</i>	13,0
<i>Deslocamento prematuro da placenta</i>	4,3
Infecção puerperal	8,7
Aborto	8,7
<i>Infecção pós-aborto espontâneo</i>	4,3
<i>Aborto provocado</i>	4,3
Embolia pulmonar pós-cesárea	4,3
Obstétrica Indireta	
Cardiopatia complicada pela gestação	17,4
Epilepsia	4,3
Gestante diabética	4,3
Hemorragia digestiva alta	4,3
Morte Materna Tardia	
Trombose venosa profunda pós-parto	4,3
Nefropatia crônica complicada pela gestação	4,3

Fonte: Tanaka e Mitsuiki, 1999

Tabela nº 9. Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM por cem mil nascidos vivos) por via de Parto. Município de São Paulo, 1996-1997

	(CMM / cem mil nascidos vivos)		
	Via de Parto		
Ano	Normal	Cesariana	Geral
1996	16,1	44,1	50,9
1997	25,7	52,3	61,1

Fontes: Comitê Central de Mortalidade Materna/PMSP, 1997 e 1998; DataSUS.

Tabela nº 10. Risco de morte por complicações da gravidez, aborto e parto por países selecionados.

Afganistão	1 em 7 mulheres
Nepal	1 em 10 mulheres
Tanzânia	1 em 18 mulheres
Índia	1 em 37 mulheres
Filipinas	1 em 75 mulheres
Peru	1 em 85 mulheres
Brasil	1 em 130 mulheres
Tunísia	1 em 140 mulheres
Tailândia	1 em 180 mulheres
México	1 em 220 mulheres
EUA	1 em 3500
Hong Kong	1 em 9200

Fonte: The State of the World's Mother 2000(Mirsky, 2001)

Tabela nº 11. Taxa de mortalidade neonatal precoce e tardia. Período: 1997-1998

	Mortalidade neonatal precoce por 1.000 nascidos vivos 0 a 6 dias		Mortalidade neonatal tardia por 1.000 nascidos vivos 7 a 27 dias	
Região	1997	1998	1997	1998
TOTAL	17,72	15,61	4,72	4,19
Região Norte	18,32	17,15	4,62	4,27
Região Nordeste	25,07	21,23	6,9	5,79
Região Sudeste	13,93	11,55	3,65	3,1
Região Sul	11,82	8,77	3,11	2,35
Região Centro-Oeste	13,82	13,04	3,49	3,59

Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).[DATASUS, 2000 #264]

Tabela nº 12. Percentual do tipo de parto. Brasil, período 1994 a 1999.

Tipo de Parto	1994	1995	1996	1997	1998	Média
Normal	51,9%	57,8%	57,4%	58,2%	60,1%	57,1%
Cesário	32,0%	39,6%	40,3%	39,9%	38,1%	38,0%
Fórceps	1,5%	1,7%	1,7%	1,7%	1,6%	1,6%
Ignorado	15,3%	1,5%	1,2%	0,9%	0,8%	3,9%

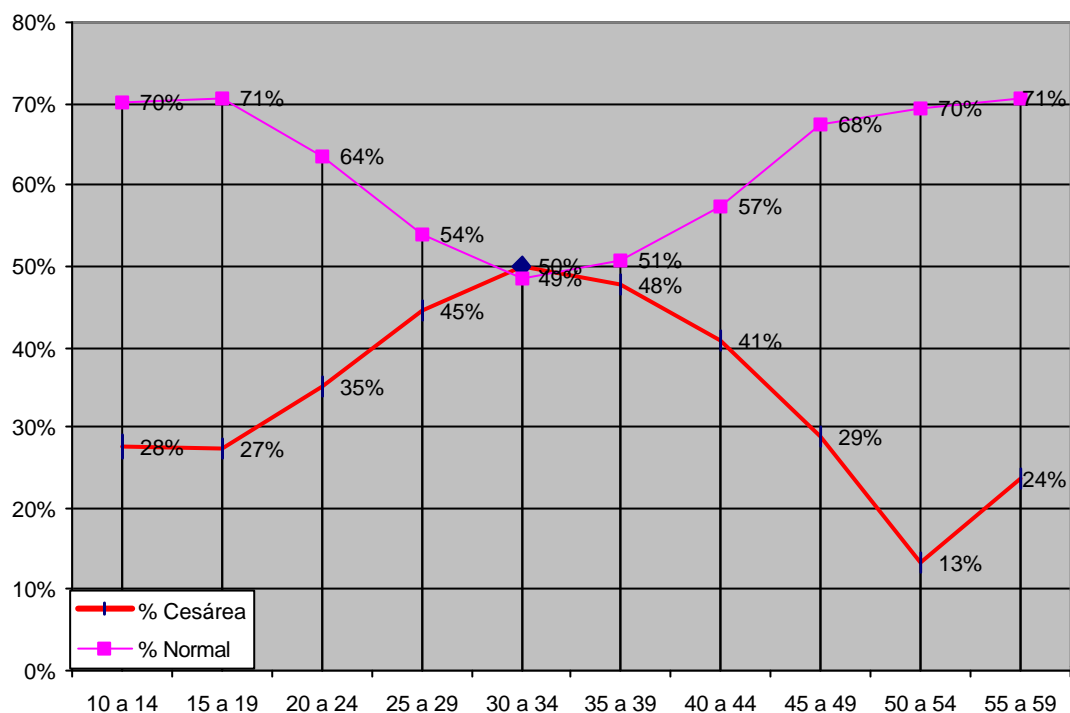
Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Tabela nº 13. Percentual de tipo de parto por região. Brasil, período de 1994 a 1999.

Região	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-oeste	Brasil
Normal	55,74%	45,94%	73,56%	70,78%	50,43%	57,25%
Cesário	42,55%	45,22%	24,27%	28,57%	48,70%	38,15%
Fórceps	1,01%	1,57%	0,41%	0,09%	0,24%	0,94%
Outro	0,07%	0,03%	0,10%	0,03%	0,03%	0,05%
Ignorado	0,64%	7,24%	1,67%	0,53%	0,61%	3,61%

Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

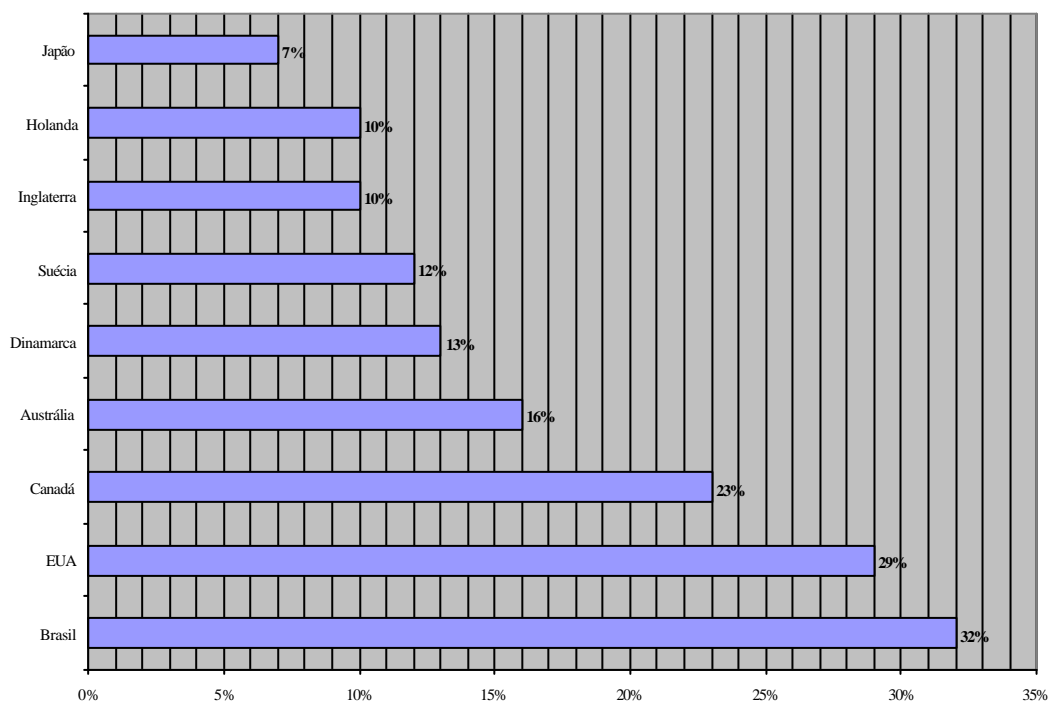
Gráfico nº 1. Percentual de parto normal e cesáreo, por faixa etária. Brasil – 1998.



Fonte

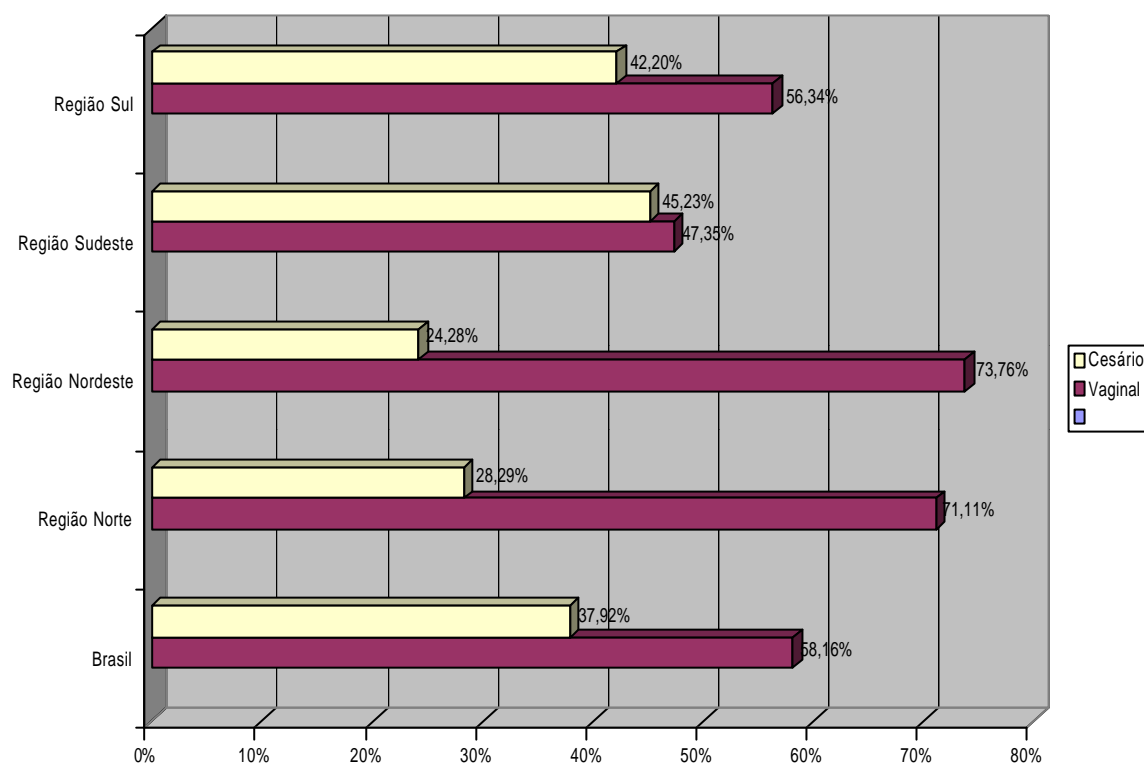
:DATASUS.

Gráfico nº 2. Taxas Internacionais de cesariana, em porcentagem de nascimentos hospitalares - 1985



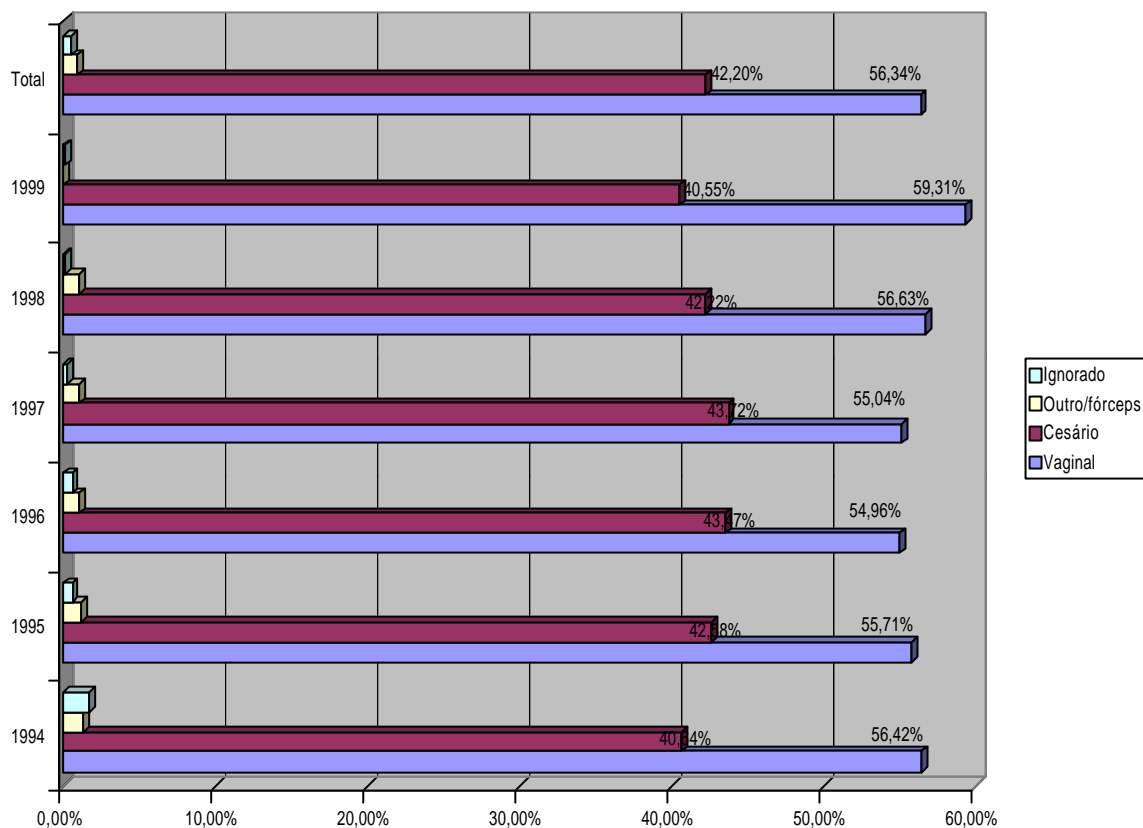
Fonte: Notzon (1990)(Notzon, 1990)

Gráfico nº 3. Tipos de parto no Brasil, em porcentagens de partos hospitalares. Período de 1994 a 1999.



Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Gráfico nº 4. Tipos de parto na Região Sul do Brasil, em porcentagens de partos hospitalares. Período de 1994 a 1999.



Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Tabela nº 14. Tipo de parto e Taxa de Cesariana e Parto Normal Após Cesariana (VBAC) nos EUA, período 1989 e 1999.

		Vaginal		Cesáreo			Ignorado	Taxa de Cesariana		
	Total	Total	VBAC	Total	Primário	Repetida		Total	Primária	VBAC
1999	3,959,417	3,063,870	97,68	862,08 6	542,08	320,006	33,461	22.0	15.5	23.4
1989	3,798,734	2,793,463	71,019	826,95 5	521,873	305,082	178,316	22.8	16.1	18.9

Fonte: National Center for Health Statistics.(Ventura *et al.*, 2001)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- AABY, PETER. Engels and women. **Critique antropology**, v.3, n.9, p.25-53, 1977.
- ABREU, ISA PAULA HAMOUCHE. Assistência ao parto domiciliar. In: JUCÁ, LUIZA;MOULIN, NILSON. **Parindo um mundo novo. Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá**. São Paulo, 2002. p.73-7.
- AGUIAR, P B. A maternidade da Santa Casa da Misericórdia do rio de janeiro (De Rodrigo de Bivar a Jorge de Rezende). **Rev Ginec Obst**, v.106, p.449, 1960.
- AHMA. **American Holist Medical Association**. American Holist Medical Association, 2001. Disponível em: <http://holisticmedicine.org/>. Acesso em: August, 21.
- ALTHUSSER, LOUIS. Materialismo histórico e materialismo dialético**Materialismo histórico e materialismo dialético**. São Paulo/Rio de Janeiro, 1986. p.33-56.
- ANSPACH, B. The value of a more frequent employment of episiotomy in the second stage. **American Journal of Obstetrics and Disease of Women and Children**, v.72, p.711-4, 1915.
- _____. The trend of modern obstetrics: what is the danger? How can it be changed? **Transactions of the American Gynecological Scociety**, v.48, p.96-105. Discussion -8, 1923.
- ARENDT, HANNAH. **A condição humana**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993. 348 p.
- AUTHUSSER, LOUIS. Ideologia e aparelhos ideológicos de estado. In: ZIZEK, SLVOJ. **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro, 1996. p.105-42.
- BABSON, S G;CLARKE, N G. Rlationship between infant death and maternal age: Comparison of sudden infant death incidence with other causes of infant mortality. **J Pediatrics**, v.103, p.391-3, 1983.
- BALLENTYNE, J W. The protection of the perineum in labour. Critical review. **Edinburgh Medical Journal**, v.23, p.407-13, 1919.
- BARBAUT, JACQUES. **O nascimento através dos tempos e dos povos**. 1 ed. Lisboa: TERRAMAR, 1990. 191 p.
-

- BARRETT, MICHÈLE. Ideologia, política e hegemonia: de Gramsci a Laclau e Mouffe. In: ZIZEK, SLVOJ. **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro, 1999. p.235-64.
- BARRON, S L. Sexual activity in girls under 16 years of age. **Br J Obstet Gynaecol**, v.93, p.787-93, 1986.
- BATTISTELLI, OTACÍLIA. As doces mãos das parteiras. In: JUCÁ, LUIZA;MOULIN, NILSON. **Parindo um mundo novo. Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá**. São Paulo, 2002. p.88-95.
- BEACHAM, DAVIS W. The American Academy of Obstetrics and Gynecology: first Presidential adress. A history of American obstetrics and gynecologic organizations and the genesis of the America Academy. **Obstet Gynecol**, v.1, n.January, p.115-24, 1953.
- BECKMAN, H.B.;FRANKEL, R.M. The effect of physician behavior on the collection of data. **Annals of Internal Medicine**, v.101, n.5, p.692-6, Nov, 1984.
- BENZECRY, ROBERTO;CERRUTI, FRANCISCO. A preparação psicossomática para o parto. In: REZENDE, JORGE DE. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro, 1982. p.1023-52.
- BERQUÓ, ELSA. Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. **Estudos feministas**, v.1, n.2, p.366-81, 1993.
- Bíblia Sagrada**. 24^a ed. São Paulo: Ave Maria, 1977. v.Genesis Cap 3.16
- Bíblia tradução ecumênica**. ed. São Paulo: Loyola, 1974
- BIRO, M;LUMLEY, J. The safety of team midwifery: the first decade of the Monash Birth Centre. **Med J Aust**, v.155, n.7, p.478-80, 1991.
- BLAIS, R, *et al*. Controversies in maternity care: where do physicians, nurses, and midwives stand? **Birth**, v.21, n.2, p.63-70, 1994.
- BONET, OCTAVIO. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina. **Rev Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.123-50, 1999.
- BOUCOUVALAS, MARCIE. Intuition. The concept and the experience. In: DAVIS-FLOYD, ROBBIE;ARVIDSON, P SVEN. **Intuition: the inside story**. New York, 1997. p.3-18.
- BOUVIER-COLLE, M.H., *et al*. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. **International Journal of Epidemiology**, v.20, n.3, p.717-21, Sep, 1991.

- BROOMALL, A. The operation of episiotomy as a prevention of perineal ruptures during labor. **Am J Obst and Diseases of Women and Children**, v.11, p.605-7, 7 february 1878, 1878.
- BUARQUE, CRISTOVAM. **Da modernidade técnica à modernidade ética**. CFM, 2002. Disponível em: http://www.cfm.org.br/bancotxt/des_etic/2.htm. Acesso em: 27 de junho.
- BUSH, RB. **Lithotomy, its practice and practioners in Philadelphia during the colonial and early republican period: an essay in the transit of culture**. 1976-History, New York University, New York.
- CAPRA, FRITJOF. A concepção sistêmica da vida **O ponto de mutação**. São Paulo, 1982a. p.259-98.
- _____. Holismo e saúde **O ponto de mutação**. São Paulo, 1982b. p.299-350.
- _____. A máquina do mundo newtoniana **O ponto de mutação**. São Paulo, 1982c. p.49-69.
- _____. **O ponto de mutação**. 5 ed. São Paulo: Cultrix, 1982d. 447 p.
- _____. Ecologia profunda - Um novo paradigma **A teia da vida. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo, 1996a. p.23-45.
- _____. **A teia da vida. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. ed. São Paulo: Cultrix, 1996b. 256 p.
- _____. Modelos de auto-organização **As conexões ocultas**. São Paulo, 2002a. p.73-98.
- _____. A perspectiva ecológica **As conexões ocultas**. São Paulo, 2002b. p.23.
- _____. A realidade social **As conexões ocultas**. São Paulo, 2002c. p.83-105.
- CARTAXO, MARIA NEVES ALVES. **Padrões de assistência de enfermagem à clientes com aparelho gessado**. 1983. 159 p. Mestre em Ciências da Enfermagem - Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis.
- CARTER, K CODELL; CARTER, BARBARA R. **Childbed fever**. ed. Westport: Greenwood, 1994. 144 p. (Contributions in Medical Studies)
- CECATTI, G, *et al.* Cesárea no Brasil: um direito de opção. In: GALVÃO, L; DÍAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo, 1999. p.237-59.
- CHANEY, JA. Birthing in Early America. **J Nurse Midwifery**, v.25, n.2, p.5-13, 1980.

Changing maternity services. **Br Med J**, v.4, n.629, p.468-9, 1968.

CHAUI, MARILENA. Laços do desejo. In: NOVAES, ADAUTO. **O desejo**. Rio de Janeiro, 1995. p.19-66.

CLAP. Sistema informático perinatal. Montevideu: CLAP - OPS - OMS 1994.

COCHRANE, A L. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. The Rock Carling Fellowship. The Nuffield Provincial Hospital Trust. Cardiff: 1971. 1971

CORBISIER, ROLAND. **Introdução à filosofia. Tomo I**. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986. v.1. 243 p.

CREDÉ, C;COLPE. Ueb er die Zweckmassigkeit der einseitigen seitlichen Incision beim Dannelschutzverharen. **Archiv fur Gynakologie**, v.24, p.148-68, 1884.

CRYOBANK. **Carecredit payment plans**. California Cryobank.inc, 2002. Disponível em: <http://www.cryobank.com/Credit.cfm?page=14>. Acesso em: 23 de junho.

DATASUS. **Sistema Nacional de Nascidos Vivos**. Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 06 de junho de 2001.

DAVIS-FLOYD, R. Culture and birth: the technocratic imperative. **Birth Gazette**, v.11, n.1, p.24-5, 1994 Winter, 1994.

DAVIS-FLOYD, ROBBIE. Quadro nº 1. Dogmas do modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento 1998.

_____. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. 2001.

DAVIS-FLOYD, ROBBIE;ARVIDSON, P SVEN. **Intuition: the inside story**. 1 ed. New York. London: Routledge, 1997a. 208 p.

_____. Preface. In: DAVIS-FLOYD, ROBBIE;ARVIDSON, P SVEN. **Intuition: the inside story**. New York, 1997b. p.xi-xvii.

DAVIS-FLOYD, ROBBIE;ST.JOHN, GLORIA. The holistic model of medicine**From doctor to healer. The transformative journey**. New Bruswick, 1998a. p.110-46.

_____. The tecnocratic model of medicine**From doctor to healer. The transformative journey**. New Bruswick, 1998b. p.15-48.

DAVIS-FLOYD, ROBIE. **Birth as an american rite of passage**. 1s ed. Berkley. London: University of California Press, 1992. 382 p.

- DELEE, JOS B. The prophylactic forceps operation. **Am J Obstet Gynecol**, n.1, p.34-44, 1920a.
- _____. The prophylactic forceps operation. In: 45th Annual Meeting of the American Gynecological Society, 1920b, USA. Transaction of the American Gynecological Society. 24-26 May 1920. p.
- DELEE, JOSEPH B. Discussion of Holmes' paper entitled 'The fads and fancies of obstetrics. A comment on the pseudoscientific trend of modern obstetrics'. **Am J Obstet Gynecol**, v.2, n.3, p.298-300, 2-4 June 1921, 1921.
- DEMO, PEDRO. A pesquisa como descoberta e criação **Pesquisa Princípio científico e educativo**. São Paulo, 1991. v.14, p.29-36.
- DESCARTES, RENÉE. Discurso sobre o método. In: FLORINDO, JANICE. **Os pensadores**. São Paulo, 1999. p.33-100.
- DEUTSCHMAN, D. A plea for the preservation of the perineum and a modified prophylactic episiotomy for the prevention of perineal lacerations. **Medical Journal and record**, v.120, n.19 November, p.CL-CLIII, 8 October 1923, 1924.
- DEVRIES, R G. Barriers to midwifery: an international perspective. **J Perinatol Ed**, v.1, n.1, p.1-10, 1992.
- DEWEES, W. Relaxation and management of the perineum during parturition. **JAMA**, v.13, n.7,14 December, p.804-8, 41-8, 4 July 1889, 1889.
- DIETHELM, M W. Episiotomy: technique of repair. **Ohio State Medical Journal**, v.34, n.10, p.1107-10, 11-12 May 1938, 1938.
- DOBIE, S A, *et al*. How well do birth certificates describe the pregnancies they report? The Washington State experience with low-risk pregnancies. **Maternal and Child Health Journal**, v.2, n.3, p.145-54, 1998.
- DUARTE, L F D. **Da vida nervosa, nas classes trabalhadoras urbanas**. ed. Rio de Janeiro: ZAAR, 1988
- DUNNE, BRENDA J. Subjective and intuition in the scientific method. In: DAVIS-FLOYD, ROBBIE; ARVIDSON, P SVEN. **Intuition: the inside story**. New York, 1997. p.121-28.
- DUPLESSIS, H M, *et al*. Adolescent pregnancy: understanding the impact of age and race on outcomes. **J Adolesc Health**, v.20, n.3, p.187-97, 1997.
- EASTMAN, N. **Williams Obstetrics**. 10th ed. New York: Appleton-Century, 1950

- EISENBERG, D.M., *et al.* Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use [see comments]. **New England Journal of Medicine**, v.328, n.4, p.246-52, 1993 Jan 28, 1993.
- ELDREDGE, NILES. Filosofias nunca sonhadas. In: MARGULIS, LYNN;SAGAN, DORION. **O que é a vida?** Rio de Janeiro, 2002. p.11-4.
- ELKIN, D COLLIER. Median episiotomy. **Journal of the Medical Association of Georgia**, v.11, p.224-9, 1922.
- ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v.196, n.4286, p.129-36, Apr, 1977.
- ENKIN, MW, *et al.* Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. **Birth**, v.22, n.2, p.101-10, 1995.
- EVERETT, H;TAYLOR, E STEWART. The History of The American Gynecological Society and the scientific contributions of its fellows. **Am J Obstet Gynecol**, v.127, n.7, p.908-19, 25-29 May 1976, 1976.
- FADYNHA. Gravidez com mais saúde**Meditações para gestantes: o guia para uma gravidez mais saudável, plena e feliz.** Rio de Janeiro, 1999. p.26-52.
- FAÚNDES, ANÍBAL;CECATTI, JOSÉ GUILHERME. **Morte materna uma tragédia anunciada.** ed. Campinas: UNICAMP, 1991. 217 p.
- FAUNDES, ANÍBAL E;CECATTI, J G. A operação cesária no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas da ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, n.2, p.150-73, 1991.
- FERREIRA, AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 1 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 1499 p.
- _____. **Novo Aurélio - Século XXI.** 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.
- FIALHO, FRANCISCO ANTONIO PEREIRA. Apresentação**Imposição de mãos: um novo caminho de harmonização na menopausa.** Florianópolis, 1998. p.13-6.
- FLECK, LUDWIK. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento.** ed. Madrid: Alianza Editorial, 1980. 200 p.
- FRANCOME, C.;SAVAGE, W. Caesarean section in Britain and the United States 12% or 24%: is either the right rate? **Social Science And Medicine**, v.37, n.10, p.1199-218, 1993.

- FREITAS, PAULO FONTOURA. **The epidemic of caesarean sections in Brazil. Factors influencing type of delivery in Florianópolis, South Brazil.** 1999. 254 p. Doctor of Philosophy - Maternal and Child Epidemiology Unit. Department of Epidemiology and Population Science. London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, London.
- GAINEY, H. Post-partum observation of pelvic tissue damage. **Am J Obst Gynecol**, v.45, p.457-66, 10-12 September 1942, 1943.
- GALABIN, A;BLACKER, C. **The practice of midwifery.** 7th ed. New York: The Macmillian Company, 1910
- GARRIGUES, HENRY J. The obstetric treatment of the perineum. **Am Journal of Obstetrics and Disease of Women and Children**, v.13, n.April, p.231-63, 1880.
- GASKIN, I.M. The Gaskin maneuver article. **Birth Gazette**, v.15, n.3, p.3, 1991.
- GASKIN, INA MAY. Preface to the third edition **Spiritual midwifery**. Summertown, 1989. p.8-9.
- _____. The spiritual midwife **Spiritual midwifery**. Summertown, 1990. p.276-9.
- GELFAND, TOBY. From the guild to profession: the surgeons of France in the 18th century. **Texas Rep Biol Med**, v.32, n.1, p.121-34, 1974.
- GIMBUTAS, M. Goddesses and Gods of Old Europe. In: LERNER, GERDA. **The creation of patriarchy**. New York, 1986. p.146.
- GOER, H. The case against elective cesarean section. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v.15, n.3, p.23-38; quiz 89, Dec, 2001.
- GOER, HENCI. **Obstetric myths versus research realities. A guide to the medical literature.** 1 ed. Westport, Connecticut. London: Bergin & Garvey, 1995. 385 p.
- GOMES, EUSTÁQUIO. Choice or authorised crime? An epidemic of caesareans and sterilisations in Brazil. In: MIRSKY, JUDITH, *et al.* **Private decisions, public debate. Women, reproduction & population**. London, 1994. p.69-80.
- GOODELL, WILLIAM. A critical inquiry into the management of the perineum during labour. **Am J Med Sci**, v.61, p.53-79, 1871.
- GRAHAM, IAN D. The American crusade for prophylactic episiotomy **Episiotomy. Challenging Obstetrics Interventions**. Oxford. London. Edinburgh. Victoria, 1997a. p.33-60.

- _____. **Episiotomy. Challenging Obstetrics Interventions**. ed. Oxford. London. Edinburgh. Victoria: Blackwell Science, 1997b. 199 p.
- _____. Nineteenth-century challenging of the emergency use of episiotomy **Episiotomy. Challenging Obstetrics Interventions**. Oxford. London. Edinburgh. Victoria, 1997c. p.16-32.
- GRASBY, ED. Epochs in obstetrics. **Nurs Times**, v.63, n.36, p.1207-9, 1967.
- GROSS, SAMUEL D. Laceration of the female sexual organs consequent upon parturition: their causes and their prevention. **JAMA**, v.3, n.27 September, p.337-45, May 1884, 1884.
- GUATTARI, FELIX. **As três ecologias**. ed. Campinas: Papirus, 1989. 56 p.
- GUELFAND, T. From the guild to profession: the surgeons of France in the 18th century. **Texas Rep Biol Med**, v.32, p.121-32, 1974.
- HAHN, ROBERT A. Division of labor: Obstetricia, woman and society in Williams Obstetrics, 1903-1985. **Medical Anthropology Quarterly**, v.1, n.3, p.256-82, 1987.
- HALL, M H;BEWLEY, S. Maternal mortality and mode of delivery. **Lancet**, n.354, p.776, 1999.
- HALL, M.H. Mortality associated with elective caesarean section. **Bmj (Clinical Research Ed.)**, v.308, n.6943, p.1572, Jun, 1994.
- HANNAH, C R. Anatomy of the female pelvis and perineum in relation to labor. **Am J Obstet Gynecol**, v.19, p.228-34, 1930.
- HARDY, P H, *et al.* Prevalence of six sexually transmitted disease agents among pregnant inner-city adolescents and pregnancy outcome. **Lancet**, v.2, p.333-7, 1984.
- HARMAN, WILLIS W. Toward an extended science. **IONS**, n.3, p.09-21, Summer 1987, 1987.
- HARRAR, J. Functional distocia in normal pelvis: recognition and management. **Am J Obstet Gynecol**, v.15, p.246-94, Discussion 94-7, 19-21 September 1922, 1923.
- HARVEY, K A. Practising medicine at the Baltimore Almshouse. **Maryland Hist Mag**, v.74, p.233-8, 1979.
- HINGSTMAN, L. Primary care obstetrics and perinatal health in The Netherlands. **J Nurse Midwifery**, v.39, n.6, p.379-86, 1994.
- HIPÓCRATES. **Extracto de Hipócrates**. ed. Cambridge: Harvard University Press, 1948

HOFMEYER, G J;GULMEXOGLU, A M. **Vaginal misoprostol for cervical ripening and labour induction in late pregnancy**. The Cochrane Library, 2000. Disponível em: <http://www.bireme.org.br/cochrane.htm>. Acesso em: 4 de maio.

HOLMES, R W. The fads and fancies of obstetrics. A comment on the pseudo-scientific trend of modern obstetrics. **Am J Obstet Gynecol**, v.2, n.3, p.255-37, Discussion 97-304, 2-4 June 1921, 1921.

ILLICH, IVAN. **A expropriação da saúde - Nêmesis da medicina**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

_____. Duas tendências **Saúde da comunidade: um desafio**. São Paulo, 1984. p.81-2.

International Conference on Periodontal Research. Rochester, New York, August 1-3, 1969. Research Reports. **Journal of Periodontal Research. Supplement**, v.4, p.1-44, 1969, 1969.

JEWETT, C. Note on episiotomy. **Brooklyn Medical Journal**, v.4, p.707-9, 17 June 1890, 1890.

JORDAN, BRIGITTE. The crosscultural comparison of birth systems. Toward a biosocial analysis **Birth in four cultures : a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States**. Prospect Heights, 1993a. p.45-90.

_____. Cosmopolitical obstetrics **Birth in four cultures : a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States**. Prospect Heights, 1993b. p.199-215.

JÚNIOR, JOÃO BENJAMIN DA CRUZ, *et al.* Relatório da Cátedra nove, projeto Humanismo Latino. Fondazione Cassamarca - Unione Latini nel Mondo. Florianópolis: Março de 2002, p.304. 2002

KALISCH, P A, *et al.* Louyse Bourgeois and the emergence of modern midwifery. **J Nurse Midwifery**, v.26, n.4, p.3-17, 1981.

KITZINGER, SHEILA. **The experience of childbirth**. 1ª ed. London: Victor Gollancz, 1962. 258 p.

KLEIN, M C. Rites of passage: episiotomy and the second stage of labour. **Canadian Family Physician**, v.34, n.September, p.2019-25, 1988.

KNOX, PL, *et al.* The urban transition and the evolution of the medical care delivery system in America. **Soc Sci Med**, v.17, n.1, p.37-43, 1983.

- KORS, ALAN C;PETERS, EDWARD. **Witchcraft in Europe, 1100 - 1700: a documentary History**. ed. Philadelphia: University of Pensylvania, 1972
- LAING, R D. Metanoia: some experiences at Kingsley Hall. In: RUITENBEEK, H M. **Going Crazy: the radical therapy**. New York, 1972.
- LAO, T.T.;HO, L.F. The obstetric implications of teenage pregnancy. **Hum Reprod**, v.12 <http://biomednet.com/db/medline/98063892>, n.10, p.2303-5, 1997.
- LARGURA, MARÍLIA. **Assistência ao parto no Brasil. Aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica**. ed. São Paulo, 1998. 155 p.
- LAURENTI, RUY. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Rev. saúde pública**, v.22, n.6, p.507-12, dez, 1988.
- LEE, KRISTA J. Judge keeps charges against midwife. **The Northwest Herald**, Lake, Date, 2001.
- LEFEBVRE, HENRI. Lógica concreta (dialética)**Lógica formal, lógica dialética**. Rio de Janeiro, 1995a. p.170-242.
- _____. Lógica formal**Lógica formal, lógica dialética**. Rio de Janeiro, 1995b. p.131-69.
- LERNER, GERDA. **The creation of patriarchy**. ed. New York: Oxford University Press, 1986. 318 p.
- LEVENO, KJ, *et al*. A prospective comparison of selective and universal electronic fetal monitoring in 34,995 pregnancies. **N Engl J Med**, v.315, n.10, p.615-9, 1986.
- LITOFF, J B. The midwife throughout history. **J Nurse Midwifery**, v.27, n.6, p.3-11, 1982.
- LONGO, L. D. Rigidity of soft parts. Delivery effected by incision in the perineum. by R.M.Taliaferro. The stethoscopie and Virginia Medical Gazette, vol. 2, pp. 383-385, 1852. **Am J Obstet Gynecol**, v.125, n.1, p.115, 1976.
- LONGO, LAWRENCE D. Des maladies de femmes grosses et accouchées. Avec la bonne et veritable méthode de les bien aider en leurs accouchemens naturels... **Am J Obstet Gynecol**, v.172, n.3, p.1060-1, 1995.
- LOPES, MARTA JULIA MARQUES. O sexo do hospital. In: LOPES, MARTA JULIA MARQUES, *et al*. **Gênero & Saúde**. Porto Alegre, 1996. p.76-105.
- LOPS, V R. Midwifery: past to present. **J Prof Nursing**, v.4, n.6, p.402-7, 1988.

- LORENTE, CAROL WILEY. **Mother of midwifery**. Vegetarian Times, 1995.
Disponível em: <http://www.thefarm.org/lifestyle/img.html>. Acesso em: 23 de julho.
- LOVELOCK, JAMES;MARGULIS, LYNN. Biological modulation of the Earth's atmosphere. **Icarus**, v.21, 1974.
- MAGALHÃES, FERNANDO DE. A Obstetrícia e a Gynecologia no Brasil. **Rev Ginec Obstet**, v.16, p.326-43, 1922.
- MANA. **MANA statement of values and ethics**. Midwives Alliance of North America, 2001. Disponível em: <http://www.mana.org/valuesethics.html>. Acesso em: August, 27.
- MANTON, W P. A plea for episiotomy. **American Journal of Obstetrics and Disease of Women and Children**, v.28, n.March, p.225-35, 1885.
- MARANHÃO, ANA GORETTI KALUME, *et al.* **A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil**. ed. Brasília: Coronário, 1998. 41 p.
- _____. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. **Tema**, v.17, n.Fevereiro/99, p.6-17, Fevereiro, 1999.
- MARGULIS, LYNN;SAGAN, DORION. **O que é a vida?** ed. Rio de Janeiro: Jorge Zaar, 2002. 289 p.
- MARTIN, JOYCE A, *et al.* Births: preliminary data for 2000. **National Vital Statistics Report**, v.49, n.5, p.1-20, July 24, 2001, 2001.
- MATURANA, HUMBERTO;VARELA, FRANCISCO. **Autopoiesis: the organization of the living**. ed. Santiago: Editorial Universitaria, 1980
- MAURICEAU, FRANÇOIS. **Traité des maladies des femmes grosses et de celles que sont accouchées**. 7 ed. Paris: Compagnie des Libraires, 1740. v.1
- MCARNEY, E R. Young maternal age and adverse neonatal outcome. **Am J Disease of Children**, v.141, n.1053-9, 1987.
- MCCAUSLAND, A M. Discution of Huff's paper entitled 'Mediolateral episiotomy'. **California and Western Medicine**, v.48, n.March, p.178-9, 1938.
- MCCOOL, W;MCCOOL, S. Feminism and nurse-midwifery: historical overview and current issues. **J Nurse Midwifery**, v.34, p.323-34, 1989.
- MCKEY, SUSAN. Models of midwifery care. Denmark, Sweden and the Netherland. **Jornal of Nurse-Midwifery**, v.38, n.2, p.114-20, March/April 1993, 1993.

- MELO, VICTOR HUGO DE. **Evolução histórica da obstetrícia. A marginalidade social da parteiras e da mulher.** 1983. 166 p. Tese para obtenção do título de Mestre - Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- MERCHANT, CAROLYN. **The death of nature.** ed. San Francisco: Harper, 1990. 384 p.
- MICHEL, ANDRÉE. **O feminismo. Uma abordagem histórica.** ed. Rio de Janeiro: Zaar, 1982. 102 p.
- Midwives model of care definition.** Midwifery Task Force, 2001. Disponível em: www.midwivesmodelofcare.org. Acesso em: 27 august.
- MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, SUELY FERREIRA, *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, 1998. v.1, p.9-28.
- MINAYO, MARIA CECÍLIA SOUZA. Fase exploratória da pesquisa **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, 1992. p.89-104.
- MINDLIN, BETTY. As parteiras do Amapá. In: JUCÁ, LUIZA; MOULIN, NILSON. **Parindo um mundo novo. Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá.** São Paulo, 2002. p.13-20.
- MINKOFF, H.L.; SCHWARZ, R.H. The rising cesarean section rate: can it safely be reversed? **Obstet Gynecol**, v.56 <http://biomednet.com/db/medline/80233460>, n.2, p.135-43, 1980.
- MIRSKY, JUDY. Birth rights. New approaches to safe motherhood. PANOS. London: December 2001, p.48. 2001. (43)
- MOLES, ABRAHAM A; ROHMEN, ELIZABETH. **As ciências do impreciso.** ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1990. 369 p.
- MONSAY, EVELYN H. Intuition in the development of scientific theory and practice. In: DAVIS-FLOYD, ROBBIE; ARVIDSON, P SVEN. **Intuition: the inside story.** New York, 1997. p.103-21.
- MORA, GERMÁN; YUNES, JOÃO. Mortalidad materna: una tragedia ignorada. In: GÓMEZ, ELSA GÓMEZ. **Género, mujer y salud en las Américas.** Washington, DC, 1993. p.68-86.
- MORENTE, M GARCIA. El idealismo despues de Kant **Lecciones preliminares de filosofia.** México, 1992a. p.254-67.

_____. El problema del idealismo transcendental **Lecciones preliminares de filosofía**. México, 1992b. p.180-93.

MOTOMURA, OSCAR. Prefácio à edição brasileira **A teia da vida**. São Paulo, 2001. p.13-7.

MURPHY-LAWLESS, JO. **Reading birth and death. A history of obstetric thinking**. ed. Bloomington: Indiana University Press, 1998. 343 p.

NAVARRO, VICENTE. An explanation of the composition, nature, and functions of the present health sector of the United States **Medicine under capitalism** New York, 1976a. p.135-69.

_____. Introduction **Medicine under capitalism**. New York, 1976b. p.vii-xvi.

NEAL, E JEWEL. Sane obstetrics. **Medical Woman's Journal**, n.30 October, p.289-92, 8 May 1923, 1923.

NISWANDER, K.R.;GORDON, M. Safety of the low-forceps operation. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.117, n.5, p.619-30, 1973 Nov 1, 1973.

NORONHA, JOSÉ CARVALHO DE;UGÁ, MARIA ALICIA DOMÍNGUES. O sistema de saúde nos Estados Unidos. In: BUSS, PAULO MARCHIORI;LABRA, MARIA ELIANA. **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo/Rio de Janeiro, 1995. p.177-218.

NOTZON, F.C. International differences in the use of obstetric interventions. **Jama**, v.263, n.24, p.3286-91, 1990.

NUGENT, F. The primiparous perineum after forceps delivery. **Am J Obst Gynecol**, v.30, p.249-56, 1935.

O'DRISCOLL, K.;FOLEY, M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. **Obstet Gynecol**, v.61
<http://biomednet.com/db/medline/83116008>, n.1, p.1-5, 1983.

ODENT, MICHEL. **Birth Reborn**. ed. London: Souvenir Press, 1994

_____. **A cientificação do amor**. 2 ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002a. 138 p.

_____. Homo ecologicus **A cientificação do amor**. Florianópolis, 2002b. p.137-41.

OPAS;OMS. A saúde no Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde
Organização Mundial de Saúde. Brasília, p.48. 1998

- OPPENHEIMER, C. Organising midwifery led care in The Netherlands. **BMJ**, v.307, n.6916, p.1400-2, 1993.
- PAIM, HELOÍSA HELENA SALVATTI. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro, s/d. p.31-47.
- Parto normal vai virar coisa de museu, diz médico. **Folha de São Paulo**, São Paulo, Date, 2000. Cotidiano, C3.
- PARVIN, T. Care of the perineum. **Transactions of the American Gynecological Society**, v.7, p.145-54, Discussion 54-7, 1882.
- PATERSON, CM, *et al.* Evaluating the quality of the maternity services--a discussion paper. **Br J Obstet Gynaecol**, v.98, n.11, p.1073-8, 1991.
- PATRÍCIO, ZULEICA MARIA. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica**. 1995. 215 p. Doutaramento em Filosofia de Enfermagem - Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- PEARSON, J.W. Cesarean section and perinatal mortality. A nine-year experience in a city/county hospital. **Am J Obstet Gynecol**, v.148, n.2, p.155-9, 1984.
- PEEL, J. Future of the maternity services. **Midwives Chron**, v.81, n.966, p.226-7, 1968.
- PEIXOTO, HELOÍSA CÔRTEZ GALLOTI; SOUZA, MARIA DE LOURDES DE. **A mortalidade materna em Santa Catarina**. mimeo, 1996
- PERESTRELLO, DANILO. Aspectos psicológicos do ciclo grávido-puerperal. In: REZENDE, JORGE. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro, 1974. p.243-8.
- PILKINGTON, J, *et al.* Median episiotomy and complete perineotomy. **Southern Medical Journal**, v.56, n.March, p.284-6, 6-9 November 1961, 1963.
- PIRES, DENISE. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. ed. São Paulo: Cortez, 1989. v.14 (Saúde e Sociedade)
- POMEROY, H K. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? **American Journal of Obstetrics and Disease of Women and Children**, n.78, p.211-20, 16-18 May 1918, 1918.
- PORRECO, R.P. Meeting the challenge of the rising cesarean birth rate. **Obstetrics And Gynecology**, v.75, n.1, p.133-6, 1990.

- PRADO, DANDA. **Ser esposa. A mais antiga profissão.** ed. São Paulo: Bradiliensis, 1979. 334 p.
- PRED, P. Production, family and free-time projects: a time-geographic perspective on the individual and societal change in nineteenth-century U.S. cities. **J hist Geog**, v.7, p.3-36, 1981.
- PRENTICE, A;LIND, T. Fetal heart rate monitoring during labour--too frequent intervention, too little benefit? **Lancet**, v.2, n.8572, p.1375-7, 1987.
- PRIGOGINE, ILYA. Dissipative structures in chemical systems. In: CLAEISSON, STIG. **Fast reactions and primary processes in chemical kinetics.** New York, 1980.
- Prophylactic cesarean section at term [letter]. **N Engl J Med**, v.313, n.12, p.753-4, 1985.
- Purshasing sperm.** Sperm Banking Directory.com, 2002. Disponível em: <http://www.sepermbakdirectory.com/sbpurchasesperm.html>. Acesso em: 23 de junho.
- RABINOWITCH, E. An unfolding discovery. **Proc Natl Acad Sci U S A**, v.68, n.11, p.2875-6, 1971.
- REZENDE, JORGE. Obstetrícia. Conceitos, propósitos, evolução histórica. In: KOOGAN, GUANABARA. **Obstetrícia.** Rio de Janeiro, 1962. p.1-19.
- _____. A gravidez. Conceito. Duração **Obstetrícia.** Rio de Janeiro, 1974a. p.108-15.
- _____. **Obstetrícia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974b. 1125 p.
- REZENDE, JORGE DE. Fórcepe **Obstetrícia.** Rio de Janeiro, 1974. p.937-72.
- _____. Fórcepe **Obstetrícia.** Rio de Janeiro, 1982a. p.1023-52.
- _____. O parto. Estudo clínico e assistência **Obstetrícia.** Rio de Janeiro, 1982b. p.298-318.
- REZENDE, JORGE;ROCCO, ROGÉRIO. Fenômenos passivos do parto. Assistência e conduta **Obstetrícia.** Rio de Janeiro, 1962. p.351-65.
- RONCALLI, LUCIA. Standing by process: A midwife's notes on story-telling, passage, and intuition. In: DAVIS-FLOYD, ROBBIE;ARVIDSON, P SVEN. **Intuition: the inside story.** New York, 1997. p.177-200.
- ROOKS, JUDITH PENCE. Brief history of midwifery in the west. Philadelphia, 1997a. p.11-34.

_____. What is midwifery **Midwifery & Childbirth**. Philadelphia, 1997b. p.1-10.

ROS, MARCO AURELIO DA. **Estilos de pensamento em Saúde Pública. Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia da Ludwik Fleck**. 2000. 207 p. Doutorado em Ensino de Ciências - Centro de Ciências em Educação, UFSC, Florianópolis.

ROSENBERG, C E. Social class and medical care in nineteenth century America. **J Hist Medical Sci**, v.29, p.32-54, 1974.

ROTHMAN, B.K. Women, providers, and control [see comments]. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.25, n.3, p.253-6, 1996 Mar-Apr, 1996.

ROTHMAN, BARBARA KATZ. **In Labor: women an power in the birthplace**. 1st ed. New York: W.W. Norton & Company, Inc, 1982. 320 p.

ROTHMAN, BK. Anatomy of a compromise: Nurse-Midwifery and the rise of the birth Center. **J Nurse-Midwifery**, v.28, p.3-7, 1983.

ROTHSCHILD, C J. Episiotomy, a perineal safety measure. **Journal of the Indian Medical Society**, v.8, n.September, p.416-8, 27 April 1915, 1915.

ROUSH, R E. The development of midwifery - male and female, yesterday and today. **J Nurse Midwifery**, v.24, n.3, p.27-37, 1979.

ROUSH, R.E. The development of midwifery--male and female, yesterday and today. **Journal of Nurse-Midwifery**, v.24, n.3, p.27-37, 1979 May-Jun, 1979.

SANDMIRE, HF. Whither electronic fetal monitoring? **Obstet Gynecol**, v.76, n.6, p.1130-4, 1990.

SAÚDE, MINISTÉRIO DA. **Sistema de informações sobre nascidos vivos**. 1997: fot.): <http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/>; 10.

SCHEUERMANN, K. Midwifery in Germany: its past and present. **J Nurse Midwifery**, v.40, p.438-47, 1995.

SCHLENZKA, PETER F. **Safety of alternative approaches to childbirth**. 1999. 213 p. Doctor Of Philosophy - Department Of Sociology And The Committee On Graduate Studies, Stanford University, Stanford.

SCHLITZ, MARILYN;LEWIS, NORA. Toward a noetic model of Medicine. **Noetic Sciences Review**, v.47, n.47, p.45-52, 1998.

SEACOME, M. Baptism through the ages. **Midwife Health Visit Community Nurse**, v.21, n.10, p.368-72, 1985.

- SIMKIN, P. The experience of maternity in a woman's life. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v.25, n.3, p.247-52, 1996.
- SPIEGEL, D., *et al.* Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer [see comments]. **Lancet**, v.2, n.8668, p.888-91, 1989 Oct 14, 1989.
- _____. Effects of psychosocial treatment in prolonging cancer survival may be mediated by neuroimmune pathways. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v.840, p.674-83, 1998 May 1, 1998.
- STARR, P. Medicine, economy and society in nineteenth-century America. **J Soc Hist**, v.10, p.588-607, 1977.
- STEIN, ERNILDO. **História e ideologia**. ed. Garibaldi: Movimento, 1972. 73 p.
- TANAKA, ANA CRISTINA D'ANDRETTA. Saúde da mulher brasileira. In: CIANCARULLO, TAMARA IWANOW, *et al.* **C&Q Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**. São Paulo, 1998. p.15-32.
- TANAKA, ANA CRISTINA D'ANDRETTA;MITSUIKI, L. **Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades**. ed. São Paulo: UNICEF, 1999
- THIS, BERNARD. **O pai: ato de nascimento**. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. v.6. 250 p. (Série Discurso Psicanalítico)
- TOWNSEND, L. Obstetrics through the ages. **Med J Aust**, v.1, p.558-65, 1952.
- TRITSCH, J E. Another plea for the prophylactic median episiotomy. **Journal of the American Institute of Homeopathy**, v.23, p.327-33, 1930.
- TUCKER, JS, *et al.* Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians [see comments]. **BMJ**, v.312, n.7030, p.554-9, 1996.
- TURNBULL, D, *et al.* Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care [see comments]. **Lancet**, v.348, n.9022, p.213-8, 1996.
- VAN DE WALKER, ELY. Discussion of the symposium on injuries of the perineum, American Gynecological Society. **Transactions of the American Gynecological Society**, v.29, p.226-8, 1904.
- VANTUINEN, I;WOLFE, M. Unnecessary cesarean sections: halting a national epidemic. Public Citizen Health Research Group. Washington. 1992

VENTURA, STEPHANIE J, *et al.* Births: final data for 1999. **National Vital Statistics Report**, v.49, n.1, p.1-99, April 17, 2001, 2001.

VICTORA, C. G., *et al.* The Latin American Multicenter Trial on psychosocial support during pregnancy: methodology and baseline comparability. Latin American Network for Perinatal and Reproductive Research (LANPER). **Control Clin Trials**, v.15, n.5, p.379-94, 1994.

VIEIRA, LISZT. Cinco dimensões da globalização **Cidadania e Globalização**. Rio de Janeiro, 1998. p.80-99.

VILLAR, J, *et al.* Perinatal data reliability in a large teaching obstetric unit. **Br J Obstet Gynaecol**, v.95, n.9, p.841-8, 1988.

WAGNER, MARDSEN. The issue **Pursuing the birth machine. The search for appropriate birth technology**. Camperdown, 1994a. p.5-8.

_____. **Pursuing the birth machine. The search for appropriate birth technology**. ed. Camperdown: ACE Graphics, 1994b. 392 p.

_____. Technology for birth: a consensus meeting in Fortaleza, Brazil **Pursuing the birth machine. The search for appropriate birth technology**. Camperdown, 1994c. p.111-208.

WAGNER, MARSDEN. Confessions of a dissident. In: DAVIS-FLOYD, ROBBIE; SARGENT, CAROLYN. **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkley, 1997. p.366-94.

_____. Fish can't see the water: the need to humanize birth. In: International Conference on the Humanization of Childbirth, 2000a, Fortaleza. Brazil. November 2nd - 4th. p.

_____. **Technology in birth: first do no harm**. Midwifery Today, 2000b. Disponível em:
<http://www.midwiferytoday.org/articles/default.asp?t=tecnologybirth&q=wagner>. Acesso em: 22 de junho.

WALDENSTROM, U. Modern maternity care: does safety have to take the meaning out of birth? **Midwifery**, v.12, n.4, p.165-73, 1996.

WB. Health care in Brazil: addressing complexity. **Précis**, n.189, p.1-5, January 05, 1999.

WERTZ, RICHARD W; WERTZ, DOROTY C. Birth in the hospital **Lying-in. A history of childbirth in America**. New Haven, 1989a. p.132-77.

- _____. **Lying-in. A history of childbirth in America.** Expanded ed. New Haven: Yale University Press, 1989b. 322 p.
- _____. Midwives and social childbirth in colonial America **Lying-in. A history of childbirth in America.** New Haven, 1989c. p.1-28.
- WHO. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v.24, p.436-7, 1985.
- _____. World Health Annual Statistics. World Health Organization. Genève. 1991
- _____. Care in normal birth. World Health Organization. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Geneva: 1996. 1996. (WHO/FRH/MSM/96-24)
- _____. Address unsafe abortion. World Health Organization. Geneva: April 7, p.12. 1998a. (WHD 98.10)
- _____. Prevent unwanted pregnancy. World Health Organization. Geneva: April 7, p.8. 1998b. (WHD 98.9)
- _____. **Safe motherhood: a matter of human rights and social justice.** 1998c: fot.): http://www.who.ch/whday/1998/whd98_03.html;
- WILCOX, R. The operation of episiotomy. **New York Medical Journal**, v.42, n.15 August, p.176-80, 1885.
- WILSON, ADRIAN. **The making of Man-Midwifery: childbirth in England, 1660-1770.** ed. Harvard: Harvard University Press, 1995. 239 p.
- WITHERS, M. Agnodike: the first midwife/obstetrician. **Journal of Nurse-Midwifery**, v.24, n.3, p.4, 1979 May-Jun, 1979.
- WOLFE, HONORA LEE. **Menopausa saudável na medicina chinesa.** ed. São Paulo: Andrei, 1992. 34 p.
- WORLDWATCH. **Carta do chefe Seattle.** Worldwatch Institute, 2002a. Disponível em: <http://www.wwiuma.org.br/chseattle.htm>. Acesso em: 15 de junho.
- _____. **Porque a melhoria da situação das mulheres é crucial para todos que vivem neste planeta.** 2002b. Disponível em: <http://www.wwiuma.org.br>. Acesso em: 15 de junho.